

Centre de santé
et de services sociaux
de Kamouraska



*Un milieu de travail
à la hauteur de
vos aspirations*

Rapport annuel de gestion

2013-2014

CSSS de Kamouraska

LE KAMOURASKA,
POUR UNE MEILLEURE QUALITÉ DE VIE

WWW.CSSSKAMOURASKA.CA

Un merci particulier à Mmes Lorraine Bouchard, Ghislaine Bouchard et Dr Denis Pelletier pour la photo de couverture.

Conception et réalisation : Mme Lucie Bérubé

Correction orthographique et mise en page : Mme Annick Bernard

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2013-2014

Ce rapport annuel est disponible sur notre site Web à l'adresse suivante : www.ccsskamouraska.ca

*La qualité des soins
et services, une fierté !*

Centre de santé et de services sociaux
de Kamouraska



TABLE DES MATIÈRES

1. MESSAGE DES AUTORITÉS	5
1.1 Message du président du conseil d'administration et du directeur général	5
2. DÉCLARATION	8
2.1 Déclaration de fiabilité des données présentées au rapport et des contrôles afférents	8
2.2 Rapport de la direction	8
3. PRÉSENTATION DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA	10
3.1 Mission	10
3.2 Description des services offerts	10
3.3 Diagramme du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS) du Kamouraska	12
3.4 Organigramme du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska	13
3.5 Présentation des faits saillants	13
3.6 Caractéristique de la population du Kamouraska	13
4. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET DE L'ENTENTE DE GESTION	18
4.1 Les enjeux cliniques du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska	18
4.2 Les résultats au regard de l'entente de gestion	19
4.3 Autres informations relativement à l'application de la Loi	39
5. CONSEILS OU COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (CHAPITRE S-4.2)	42
5.1 Les membres du conseil d'administration au 31 mars 2014	42
5.2 Les conseils et les comités institués en vertu de la Loi	43
6. PRÉSENTATION DES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT	44
6.1 Extraits des états financiers et analyse des résultats	44
6.2 Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	44
7. RAPPORT DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES, DU MÉDECIN EXAMINATEUR ET DES DIFFÉRENTS CONSEILS OU COMITÉS	45
7.1 Rapport annuel de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services	46
7.2 Rapport annuel du médecin examinateur	49
7.3 Rapport annuel du comité de vigilance et de la qualité	50
7.4 Rapport annuel du comité de gestion des risques	51
7.5 Rapport annuel du comité de révision	54
7.6 Rapport annuel du comité des usagers et des comités des résidents	55
7.7 Rapport annuel du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	70
7.8 Rapport annuel du conseil des infirmières et infirmiers (CII)	73
7.9 Rapport annuel du conseil multidisciplinaire	77
7.10 Rapport annuel du comité de gouvernance et d'éthique	81
7.11 Rapport annuel du comité de sécurité des actifs informationnels	85
8. RAPPORT DES DIRECTIONS	89
8.1 Direction de programmes et des soins infirmiers	89
8.2 Direction des services à la clientèle et de la qualité	91
8.3 Direction des ressources humaines et du développement organisationnel	93
8.4 Direction des ressources financières, techniques et informationnelles	99
8.5 Direction des services professionnels	103
Services diagnostiques	104
Département de pharmacie	105
Comité de surveillance de l'usage des antibiotiques	106

Comité de prévention et contrôle des infections	107
ANNEXE A - SUIVI DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE.....	110
ANNEXE B - RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT	156
ANNEXE C - EXTRAITS DES ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	158
ANNEXE D - CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	176
ANNEXE E - RAPPORT DE LA FONDATION DE L'HÔPITAL DE NOTRE-DAME-DE-FATIMA ..	188

1. MESSAGE DES AUTORITÉS

1.1 MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Le rapport annuel de gestion 2013-2014 présente les faits saillants qui témoignent des réalisations et de l'avancement des dossiers du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2014.

Le conseil d'administration a exercé une vigilance accrue pour assurer le maintien de l'accessibilité et de la qualité des services dans un contexte de rigueur économique. À cette fin, il s'est assuré de recevoir régulièrement les indicateurs de gestion clinique et financière pertinents. À cet égard, le conseil d'administration et la direction générale se sont dotés d'un tableau de bord de gestion qui est déposé aux deux mois.

Étant soucieux de la gestion des ressources humaines, nous avons suivi de près l'évolution au regard des indicateurs dans ce domaine et plus particulièrement en ce qui a trait au climat de travail. C'est avec fierté que nous constatons que le CSSS de Kamouraska termine l'année avec un taux d'absentéisme de 2,59 %.

Le suivi des indicateurs au regard des infections nosocomiales a été une préoccupation constante et les résultats observés témoignent de la qualité et de la bonne gestion à cet égard. Le conseil d'administration a été informé des résultats aux trois séances. Nous avons convenu d'une cible d'amélioration pour l'année 2014-2015.

Le bilan de l'entente de gestion confirme que le CSSS de Kamouraska a atteint la plupart des résultats escomptés notamment au regard des priorités ministérielles. Cela témoigne de la volonté de notre personnel et de nos gestionnaires à améliorer constamment l'accessibilité et la qualité de nos services, de faire mieux dans le respect des ressources disponibles et de collaborer activement aux priorités de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et du Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Nous avons poursuivi ou accentué la consolidation de certains programmes dans le but de mieux répondre aux besoins de la population et favoriser le développement des services requis. Des travaux visant à optimiser l'offre de service au soutien à domicile ont conduit à la fermeture du Centre d'hébergement Thérèse-Martin. Nous avons réinvesti les économies pour consolider l'offre de service en hébergement et au soutien à domicile. Comme cette transformation s'est effectuée en cours d'année, c'est davantage en 2014-2015 que nos indicateurs confirmeront un rehaussement de l'offre de service au soutien à domicile. Le taux d'occupation en centre d'hébergement atteste d'une bonne adéquation entre la demande et la réponse aux besoins exprimés.

Finalement, le CSSS de Kamouraska termine l'année financière avec un surplus financier qui atteste de la préoccupation de la direction, des gestionnaires et des membres du conseil d'administration à cet égard. Puisque le budget 2014-2015 sera connu au cours de l'été et étant soucieux de suivre l'évolution de la situation financière, le conseil d'administration a adopté un budget provisoire 2014-2015, celui-ci reposant sur des hypothèses de revenus et de dépenses que nous espérons être près de la réalité. En conséquence, les gestionnaires disposent d'un budget 2014-2015 auquel se référer et celui-ci sera ajusté lorsque le budget réel sera connu.

Un mot sur certains dossiers majeurs qui retiendront notre attention au cours de l'année 2014-2015

Les administrateurs sont conscients du contexte économique et de l'effort qui sera demandé à l'Établissement et à la région. Déjà, en adoptant un budget provisoire le conseil d'administration et la direction se positionnent favorablement, car d'une part nous y avons intégré une cible d'optimisation et d'autre part, nous disposons en début d'année, d'un outil de suivi financier. La direction a mis en place un comité de budget qui se réunit périodiquement améliorant ainsi le suivi de la gestion financière et favorisant l'application de solutions rapides, le cas échéant. Le dossier financier est suivi de près par le comité de vérification, des immobilisations et des ressources informationnelles qui fait rapport au conseil d'administration et formule des recommandations lorsque requis.

Nous nous inscrivons dans un processus de planification stratégique du CSSS en considération des priorités du Ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Nous prévoyons déposer notre planification stratégique au printemps 2015.

Au mois d'octobre 2014, nous recevrons les « visiteurs » d'Agrément Canada. Le CSSS de Kamouraska s'est investi à la préparation de cette visite et à cette fin, un mandat a été confié à une personne qui porte le dossier et un comité « stratégie qualité » où siègent deux représentants du conseil d'administration a été mis en place. Ce comité se réunit mensuellement et fait état de l'avancement des plans d'action. Le milieu est fortement mobilisé et la progression des travaux préparatoires assure le respect des échéanciers. Suite aux efforts que nous avons consentis à la préparation du processus d'agrément, c'est avec confiance que nous franchirons cette étape. Nos efforts ne s'arrêteront pas à cette visite puisque nous nous sommes inscrits dans un processus de gestion intégré de la qualité et de la sécurité.

Nous allons poursuivre les efforts de partenariat avec le GMF La Pocatière afin de renforcer la bonne collaboration et poursuivre l'amélioration dans les secteurs d'activités ciblés. Mensuellement, il y a des rencontres de suivi sur les dossiers prioritaires et des discussions portant sur l'arrimage des services entre nos ressources. Les résultats observés notamment à l'urgence et aux programmes de suivi systématique témoignent de l'efficacité du modèle d'organisation.

Étant conscients des menaces de pénurie de main-d'œuvre, de ses impacts sur l'organisation et de notre capacité à maintenir les services, nous allons nous assurer que la direction des ressources humaines et du développement organisationnel poursuive son travail dans le but de soutenir l'organisation en matière de révision de son modèle d'organisation et de ses processus. La direction des ressources humaines et du développement organisationnel aura à poursuivre ses efforts en matière de dotation, du maintien de l'expertise de son plan de développement des ressources humaines (PDRH) et plus particulièrement, l'avancement de son plan de main-d'œuvre. Pour témoigner de l'importance de ce volet et assurer le progrès de ces dossiers, nous avons mis en place un comité de gestion des ressources humaines qui relève du conseil d'administration.

Au regard des technologies de l'information, le CSSSK aura à poursuivre sa bonne collaboration aux dossiers retenus prioritaires par l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Le déploiement du DSQ (dossier santé Québec) connaîtra une évolution pour nos intervenants.

Le CSSSK s'est vu confier par l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent le mandat de gestion du dossier d'optimisation « paie régionale ». C'est donc au cours de l'année 2014-2015 que l'Établissement assumera l'intégration de cette activité et aura à produire la paie pour l'ensemble des établissements du Bas-Saint-Laurent.

En terminant, les membres du conseil d'administration souhaitent remercier la direction, les cadres intermédiaires, le personnel et les médecins qui travaillent quotidiennement à bien répondre aux besoins exprimés par la population. Ces personnes travaillent dans un contexte parfois difficile et, malgré cela, elles continuent de rester soucieuses de maintenir un travail de qualité. Nous tenons à exprimer notre très grande appréciation et à les assurer de notre soutien en tout temps. Un merci particulier est aussi adressé aux bénévoles de notre CSSS.



Jean Desjardins
Président du conseil d'administration



Daniel Petit
Directeur général intérimaire

2. DÉCLARATION

2.1 DECLARATION DE FIABILITE DES DONNEES PRESENTEES AU RAPPORT ET DES CONTROLES AFFERENTS

À titre de directeur général intérimaire, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2013-2014 du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- Présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- Présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.



Daniel Petit

Directeur général intérimaire

2.2 RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska ont été complétés par la direction des ressources financières, techniques et informationnelles qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux loi et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté

dans ses responsabilités par le comité de vérification, des immobilisations et des ressources informationnelles. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Mallette S.E.N.C.R.L. dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Mallette S.E.N.C.R.L. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification, des immobilisations et des ressources informationnelles pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Daniel Fortin

Directeur général intérimaire



Luc Adam, CPA, CA

Directeur des ressources financières,
techniques et informationnelles

3. PRÉSENTATION DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA

3.1 MISSION

La mission du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska est de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population de la MRC de Kamouraska en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Kamouraska.

3.2 DESCRIPTION DES SERVICES OFFERTS

Situé à l'entrée du Bas-Saint-Laurent dans la belle région du Kamouraska, le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska est un établissement issu de la fusion de l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima, du CLSC Les Aboiteaux et du CHSLD Regroupement Kamouraska. Disposant d'un budget d'environ 43 millions, d'environ 640 employés, d'une équipe d'encadrement dynamique et d'une équipe médicale de 26 médecins, l'établissement, comprenant cinq installations se veut un réseau de services intégrés auprès d'une population de plus de 22 000 personnes dans la MRC de Kamouraska et assure le fonctionnement d'un établissement à triple mission.

Dans ses différentes installations, le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska offre des services généraux et spécialisés, des soins de courte durée et de longue durée et de l'hébergement dans le respect de sa mission. L'Établissement accorde une importance capitale à la prestation sécuritaire et à la qualité de ses services. Le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska a obtenu sa certification dans le cadre du programme national d'agrément en décembre 2011.

Le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska offre des services dans les programmes de : santé physique, soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) qui regroupe tous les services aux aînés (SAD¹, RI², CHSLD³, centre de jour), santé mentale, déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED), dépendance, santé publique, jeunes en difficulté.

Les professionnels de la santé et des services sociaux sont appuyés par de multiples services de soutien indispensables à leur fonctionnement : accueil, admission, réception et secrétariat, alimentation (nutrition), approvisionnement, archives médicales, bibliothèque médicale, buanderie-lingerie, comptabilité, entretien sanitaire et déchets biomédicaux, fonctionnement et entretien des installations matérielles, stérilisation, génie biomédical, prévention des infections, ressources humaines, sécurité et communication, système d'information, etc.

Le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska a été le 3^e Centre de santé et de services sociaux ayant obtenu l'accréditation « **Ami des bébés** » au Québec. Accréditation obtenue en 2010.

L'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima compte 49 lits au permis, dont 33 lits dressés dont : 4 en soins intensifs, 3 en soins palliatifs, 2 en pédiatrie, 4 en chirurgie, 3 en obstétrique et 17 en médecine.

- 7 civières à l'urgence, 2 en traumatologie réanimation.
- Les cliniques externes spécialisées.
- La chirurgie d'un jour (8 civières).
- La médecine de jour (services ambulatoires).

¹ SAD : Soutien à domicile

² RI : Ressources intermédiaires

³ CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

- Service d'urgence et service primaire en traumatologie.

Soins et services avec hospitalisation

Chirurgie bloc opératoire	Médecine	Obstétrique	Pédiatrie	Soins palliatifs	Soins intensifs
---------------------------	----------	-------------	-----------	------------------	-----------------

Soins et services sans hospitalisation incluant le programme des maladies chroniques ambulatoires

- Médecine d'un jour (soins et traitements complexes, clinique d'antibiothérapie, clinique d'anticoagulothérapie).
- Chirurgie d'un jour.
- Oncologie (traitements et suivi).
- Clinique de pré-évaluation en chirurgie.
- Unité mobile de mammographie « SARA ».
- Programme maladies chroniques (enseignement et suivi) - diabète, maladies cardiovasculaires, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC⁴), asthme, arrêt tabagique, clinique haut risque.

Consultations spécialisées

Anesthésie-réanimation	Dermatologie	Gynécologie	Médecine interne	Pneumologie
Ophtalmologie	Orthopédie	Otorhinolaryngologie	Pédiatrie	Kinésiologie
Radiologie	Urologie			

Services diagnostiques et thérapeutiques

Services diagnostiques : radiologie, cardiopulmonaire, laboratoire médical.

Services thérapeutiques : pharmacie, soins infirmiers, réadaptation physique (ergothérapie, orthophonie, physiothérapie), nutrition clinique, service social hospitalier, accueil clinique centralisé (AEOR - accueil, évaluation, orientation, référence), service de pastorale et de soins spirituels).

Centres d'hébergement : sont répartis dans les deux installations suivantes.

Centre d'hébergement D'Anjou (Saint-Pacôme)	Centre d'hébergement Villa Maria (Saint-Alexandre)
---	--

Le Centre d'hébergement est un milieu de vie offrant des services :

médicaux	de soins infirmiers	d'activités dirigées	de pastorale et de soins spirituels
de réadaptation	de nutrition	de soins d'assistance pharmaceutiques	

Centres de jour sont décentralisés à l'est, à l'ouest et au centre du territoire.

Hébergement de type intermédiaire :

Sept ressources intermédiaires réparties sur tout le territoire du Kamouraska offrent des places d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie.

Centre local de services communautaires (CLSC)

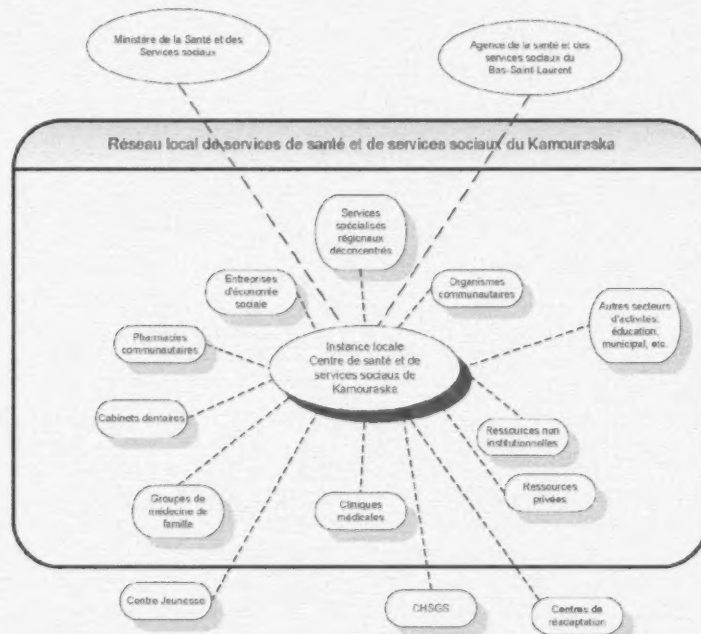
Les différents points de service du CLSC sont situés à : La Pocatière et à Saint-Pascal.

⁴ MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique

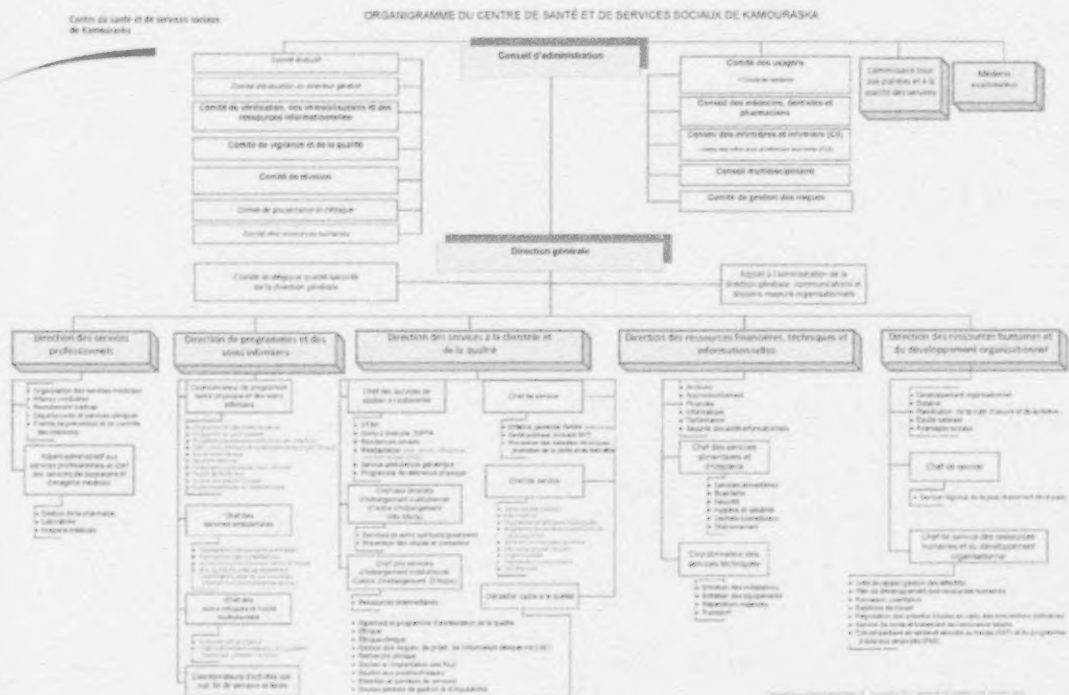
Les services offerts sont :

- **Organisation communautaire**
- **Services aux personnes âgées et aux personnes en perte d'autonomie**
- **Services à domicile**
- **Accueil clinique centralisé**
- **Services de santé et de services sociaux généraux, par exemple** : services de santé courant, services psychosociaux et médicaux, clinique de vaccination et vaccination santé voyage.
- **Services aux parents et enfants (0-5 ans)** : rencontres prénatales, suivi infirmier et social de grossesse, suivi infirmier et social des nouveaux parents, suivi psychosocial pour coaching parental, aide à domicile, clinique de santé et de vaccination, activités de stimulation précoce, service préventif en orthophonie, service d'ergothérapie, service de nutrition en cours de grossesse, service de soutien aux milieux de garde et autres organismes communautaires.
- **Services à la jeunesse (6-25 ans) : services offerts en CLSC, à domicile et en milieu scolaire** : services aux jeunes en difficulté et services en santé mentale jeunesse.
- **Services en santé mentale jeunesse et adulte**
- **Dépendance**
- **Services en déficience physique, intellectuelle et troubles envahissants du développement**
- **Programme santé au travail**

3.3 DIAGRAMME DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (RLS) DU KAMOURASKA



3.4 ORGANIGRAMME DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA



3.5 PRÉSENTATION DES FAITS SAILLANTS

Un tableau de bord est présenté aux administrateurs à toutes les deux séances du conseil d'administration. Cet outil permet de comparer les données à chaque période et de constater s'il y a soit une constance, une amélioration ou une diminution de l'atteinte des cibles identifiées. Les faits saillants ainsi que les principales modifications apportées durant l'exercice dans les services offerts, l'acquisition d'immeubles, de technologies médicales et informationnelles, sont présentés à l'intérieur du message des autorités et des rapports de chacune des directions.

3.6 CARACTÉRISTIQUE DE LA POPULATION DU KAMOURASKA

Les fiches ci-dessous présentent les principales caractéristiques de la population du Kamouraska ainsi que les principales données de santé.

Fiche sociosanitaire

RLS de Kamouraska

Kamouraska

Photo : Roger Dubé

IDENTIFICATION

No. Permis : 1104-3379

CSSS de Kamouraska

575, avenue Martin

Saint-Pascal

G0L 3Y0

Directeur général par intérim :

Daniel Pett

Président du conseil d'administration :

Jean Desjardins

Téléphone :

418 856-7000 poste 3229

Télécopieur :

418 492-1793

PRINCIPALES INSTALLATIONS ET MISSIONS⁸

CHSGS

CHSLD

CPEJ

Hôpital Notre-Dame-de-Fatima

Centre d'hébergement d'Anjou, Saint-Pacôme

Point de service : La Pocatière

1201, 6e Avenue

Nombre de places : 53

La Pocatière G0R 1Z0

CRDITED

Bassin de desserte : 11 026

Centre d'héberg. Villa Maria, Saint-Alexandre

Points de service : La Pocatière et

Nombre de places : 52

Saint-Pascal

CLSC

Points de service : Saint-Pascal,

CRPAT (L'Estran)

Saint-André et La Pocatière

Points de service : La Pocatière et

Saint-Pascal

NOMBRE DE PLACES⁹

(En date du 25 septembre 2013)

Au permis

Dressés

Normés⁶

Soins généraux et spécialisés (CHSGS)

49

37

24

Civiliers autorisés (excluant réanimation)

7

Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)¹⁰

151

151

138

Ressources intermédiaires (RI)

Nombre de places reconnues

Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

69

Santé mentale

9

(sous la resp. du CSSS de Riv.-du-Loup)

Déficience physique

0

Déficience intellectuelle/TED

0

Jeunes

0

Ressources de type familial (RTF)

Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

0

Santé mentale

22

(sous la resp. du CSSS de Riv.-du-Loup)

Déficience physique

0

Déficience intellectuelle/TED

61

(sous la responsabilité du CRDITED)

Jeunes

24

(sous la responsabilité du C.J.)

Ressources privées (RP)¹¹ :

Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (mars 2012)

858

Ressources établissement pour clientèle en santé mentale

(Vieux Théâtre rattaché au CSSS de Rivière-du-Loup)

8

RESEAU LOCAL DE SERVICES⁸

Plan d'effectif médical 2014 (en date du 30 novembre 2013)

Nombre

Nombre

Nombre

Médecins omnipraticiers

En place

En place

Autorisé

Médecins spécialistes

26

30

27

5

7

6

Nombre

Cliniques médicales privées

5

Groupe de médecine familiale (GMF) accrédité

1

Pharmacies communautaires

7

Cliniques dentaires

3

Dentistes en pratique privée

6

Dentistes avec privilèges en milieu hospitalier

2

Nombre d'organismes communautaires subventionnés de la santé et des services sociaux¹¹

13

Commission scolaire de Kamouraska-Rivière-du-Loup (secteur Kamouraska) - nombre d'installations

19

Nombre d'écoles primaires

15

Nombre d'écoles secondaires

2

Nombre d'écoles primaires et secondaires

0

Nombre de centres de formation pour adultes

2

Nombre de centres de formation professionnelle

0

Nombre d'écoles secondaires privées

1

Nombre de cégeps/centre d'études collégiales

1

RESSOURCES FINANCIÈRES⁹

Budget 2013-2014

(Données excluant le C.J. et CRDITED)

Au 21 septembre 2013 (période 6) :

Charges : 40 500 098 \$

Surplus (déficits) cumulés au 31/03/13

314 633 \$

Revenus : 3 458 225 \$

Résultat d'exploitation prévu 2013-2014

(138 830) \$

Net : 37 041 873 \$

Surplus (déficits) cumulés prévus au 31/03/14

175 803 \$

RESSOURCES HUMAINES ¹⁶ (2012-2013)		(Données excluant le C.J. et CRDITÉD)		Nombre TC	Nombre TP(ETC)	ETC
Personnel cadre				17	2	19
Personnel régulier				277	110	387
Personnel non détenteur de postes						84
RESSOURCES MATÉRIELLES ¹⁶		(En date du 7 février 2013, données excluant le C.J. et CRDITÉD)				
Projets en cours	Coût du projet	Description	État d'avancement			
Projet mineur en CHSLD 2008-2009	40 000 \$	Aménagement de chambres de fin de vie en CHSLD	En planification			
Relocalisation du CLSC de La Pocatière à l'hôpital Notre-Dame-de-Fatima	1 120 000 \$	Agrandissement et réaménagement sélectif des espaces de l'hôpital et du Pavillon Cécile Malenfant	Complété			
Enveloppe de rénovations fonctionnelles autres que CHSLD	92 214 \$	Année 2012-2013				
Enveloppe de maintien d'actifs immobiliers	845 176 \$	Année 2012-2013				
Enveloppe de renouvellement d'équipements spécialisés et médicaux	567 776 \$	Année 2012-2013				
Enveloppe de renouvellement d'équipements et de mobilier	161 314 \$	Année 2012-2013				
POPULATION		RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
0-17 ans		3 647	16.9%	33 504	16.6%	18.8%
12-17 ans		1 182	5.5%	11 180	5.6%	6.1%
18-64 ans		1 203	5.6%	112 040	55.7%	6.3%
12 ans et plus		19 168	88.6%	160 604	79.8%	87.3%
65 ans et plus		4 887	22.6%	43 826	21.8%	17.2%
75 ans et plus		2 151	9.9%	18 866	9.4%	7.4%
0-4 ans		1 018	4.7%	9 252	4.6%	5.4%
5-9 ans		1 061	4.9%	9 496	4.7%	5.3%
10-19 ans		2 024	9.4%	18 992	9.4%	10.4%
20-29 ans		2 275	10.5%	21 527	10.7%	12.7%
30-39 ans		2 290	10.6%	22 449	11.2%	13.7%
40-49 ans		2 496	11.5%	23 095	11.5%	13.2%
50-64 ans		5 572	25.8%	52 619	26.1%	22.0%
65-74 ans		2 746	12.7%	24 960	12.4%	9.8%
75-84 ans		1 415	6.5%	12 719	6.3%	5.2%
85 ans et plus		736	3.4%	6 147	3.1%	2.2%
Population totale (projections 2014)		21 633	100.0%	201 256	100.0%	100.0%
Naissances (2011)		195		1 930		88 618
Décès (2010)		196		1 881		58 704
MODE D'OCCUPATION DU TERRITOIRE ¹⁶		RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Municipalités (nb)		17	100.0%	114	100.0%	1 124
Municipalités de plus de 2 000 hab. (nb)		3	17.6%	17	14.9%	368
Densité de la population (nombre d'habitants/km ² de terre ferme)		9.4		9.0		6.2
ÉTAT DE SANTÉ		RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Espérance de vie à la naissance (ans) 2008-2010 ¹		81.4		81.2		81.3
Auto-évaluation de sa santé : très bonne ou excellente ²			47.7%		55.3%	59.4%
Personnes ayant une incapacité (tous âges, 2006) ³		2 925	12.5%	24 555	12.6%	12.7%
Personnes souffrant d'obésité (IMC >=30.0, 16 ans et plus) ⁴		2 684	14.6%	22 026	13.4%	14.4%
Limitation des activités quotidiennes causées par un état ou problème de santé de longue durée - 6 mois et plus (12 ans et plus) ⁵		4 360	22.9%	37 880	21.7%	20.7%
Blessés graves (nécessitant une hospitalisation) suite à un accident de la route (taux brut annuel sur 10 000 habitants) ⁶		11	5.1	75	3.7	2.4
Enfants de 5 ans à risque élevé de développer la carie dentaire en dentition primaire/enfants dépistés ⁷		24	11.9%	264	15.5%	-
Enfants de 5 ans ayant expérimenté la carie dentaire en dentition primaire/enfants dépistés ⁸		31	15.4%	408	23.9%	-
Consultation d'un dentiste/orthodontiste (12 ans et +, 12 derniers mois) ⁹			50.3%		48.1%	57.6%
DETERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ		RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Indicateurs socioéconomiques						
Taux d'emploi (15 ans et plus) ¹		9 640	55.4%	89 470	54.4%	59.9%
Niveau de scolarité - plus haut certificat, diplôme ou grade (25 à 64 ans) ²						
Aucun certificat, diplôme ou grade		2 300	20.2%	20 690	19.0%	14.6%
Diplôme d'études secondaires		2 050	18.0%	20 140	18.5%	19.5%
Certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers		3 010	26.4%	27 575	25.3%	16.9%
Certificat ou diplôme d'un collège ou d'un cégep		2 205	19.4%	20 105	18.4%	18.3%
Certificat, diplôme ou grade universitaire		1 815	15.9%	20 510	19.8%	26.5%
Familles vivant sous le seuil du faible revenu (2010) ³			5.3%		6.1%	9.3%
Répartition de la source de revenus (%) ⁴						
Revenu d'emploi			65.9%		65.0%	71.7%
Transferts gouvernementaux			20.6%		21.5%	15.0%
Autres			13.3%		12.8%	13.3%

DETERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ (suite)					
	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Revenu personnel disponible (après impôts) en 2012 ¹	22 856	\$	23 163	\$	29 347
Familles monoparentales (avec enfants de moins de 18 ans) ²	375	11.7%	4 005	13.9%	16.9%
Ménages composés d'une seule personne ³	2 850	29.6%	28 885	32.7%	32.2%
Adultes prestataires des programmes d'assistance sociale (18-64 ans) ⁴	795	66.1%	9 265	8.3%	69.5%
Indice synthétique de fécondité ⁵	1.83		1.75		1.73
Habitudes de vie et comportements					
Excès de poids (IMC = 25,0 à 29,9, 18 ans et plus) ⁶	9 564	36.2%	55 727	33.9%	32.8%
Fumeurs réguliers et occasionnels ⁷	4 090	21.4%	38 620	22.1%	24.4%
Plus 5 consommations d'alcool ou plus au cours de la même occasion, 12 fois ou plus, pendant l'année ayant précédé l'enquête (buveurs réguliers et occasionnels) ⁸	2 430	16.2%	26 728	19.0%	20.5%
PERINATALITÉ⁹					
	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Naissances de faible poids (< 2 500 g)/naissances totales	6	3.1%	93	4.8%	5.7%
Naissances prématurées (< 37 semaines)/naissances totales	13	6.7%	126	6.5%	7.1%
Mère - âgée de moins de 20 ans/naissances totales	6	3.1%	49	2.5%	2.5%
Mère - âgée de 20 ans et + et 10 ans et moins de scolarité/naissances totales	6	3.1%	107	5.5%	4.3%
Mère - 10 ans et moins de scolarité/naissances totales	9	4.8%	188	9.7%	6.9%
Mère - plus de 10 ans de scolarité/naissances totales	182	93.3%	1 999	68.0%	69.8%
Mère - scolarité inconnue/naissances totales	4	2.1%	43	2.2%	3.3%
ALLAITEMENT¹⁰					
	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Proportion de bébés allaités lors du séjour au service de maternité		81.7%		65.2%	-
Proportion de bébés allaités à la sortie du service de maternité		69.8%		75.3%	-
JEUNESSE					
	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Taux de diplomation au secondaire après 7 ans chez les moins de 20 ans (cohorte de 2004-2005, CS Kamou - Riv. - Loup, réseau public, 2011) ¹¹		74.0%		71.9%	69.3%
Masculin		65.9%		64.9%	63.1%
Féminin		81.5%		79.4%	75.9%
Protection de la jeunesse¹²⁻²¹					
Signalements reçus/Total jeunes 0-17 ans	181	4.4%	2 103	6.5%	5.3%
Signalements retenus/Total signalements reçus	29	16.0%	754	34.9%	38.7%
Evaluations réalisées par problématique :	45		716		11 467
Abandon	0	0.0%	1	0.1%	0.5%
Abus physique et risque sérieux d'abus physique	12	26.7%	124	17.3%	17.7%
Abus sexuel et risque sérieux d'abus	0	0.0%	40	5.6%	5.9%
Négligence et risque sérieux de négligence	16	35.6%	333	46.5%	42.6%
Mauvais traitement psychologique	12	26.7%	114	15.9%	17.0%
Troubles de comportement	5	11.1%	104	14.5%	16.3%
Jeunes suivis à l'application des mesures/total jeunes 0-17 ans	42	1.2%	617	1.8%	1.4%
Jeunes ayant fait l'objet d'une intervention LSPJA/total jeunes 12-17 ans	35	3.0%	365	3.3%	1.3%
PROBLÈMES DE SANTÉ ET MALADIES CHRONIQUES					
	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Nouveaux cas de cancer (taux annuel moyen ajusté sur 100 000 hab.)²²					
Incidence du cancer du sein (2006-2010)	18	133.8	185	152.4	129.8
Incidence du cancer du poumon (2006-2010)	19	65.8	213	84.1	89.3
Incidence du cancer de la prostate (2006-2010)	14	104.8	130	111.7	117.6
Incidence du cancer colorectal (2006-2010)	22	75.2	197	77.9	68.8
Maladies chroniques (%)²³					
	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Prévalence des allergies autres qu'alimentaires	4 370	22.9%	39 790	22.8%	24.7%
Prévalence des maux de dos	3 980	20.8%	33 040	18.9%	16.4%
Prévalence de l'hypertension (20 ans et plus) ²⁴	4 956	21.5%	43 335	21.0%	20.7%
Prévalence de l'arthrite/rhumatisme	3 340	17.5%	28 020	16.1%	14.1%
Prévalence des migraines	2 620	13.7%	17 590	10.1%	9.8%
Prévalence de l'asthme	1 980	11.9%	14 940	8.6%	8.6%
Prévalence des maladies cardiaques	1 370	7.5%	11 860	6.8%	5.1%
Prévalence du diabète (20 ans et plus)	1 953	7.1%	13 605	6.6%	7.7%
Prévalence de l'emphysème, bronchite chronique et BPCO	---	---	6 010	3.5%	3.3%
SANTÉ MENTALE					
	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Personnes affichant une probabilité élevée de détresse psychologique ²⁵	1 400	7.9%	7 300	4.5%	5.6%
Personnes satisfaites ou très satisfaites de leur vie en général ²⁶		92.2%		94.4%	92.9%
Auto-évaluation de sa santé mentale : très bonne ou excellente ²⁷		63.9%		72.7%	75.0%
Taux ajusté d'hospitalisation c.à.d. tentatives de suicide (sur 100 000 hab.) ²⁸		---		61.6	30.8
Durée moyenne de séjour - tentatives de suicide (jrs) ²⁹	4.0		5.1		10.8
Taux ajusté moyen de mortalité par suicide - pop. totale (taux sur 100 000 hab., période 2006-2010) ³⁰		* 17.9		17.5	14.7
SANTÉ PHYSIQUE					
	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Visites à l'urgence (nombre et rapport sur population totale (12-13)) ³¹	21 288	1.0	164 424	0.8	-
Taux ajusté d'hospitalisation de courte durée, santé physique ³²		8.4%		8.4%	7.6%
Durée moyenne de séjour de courte durée, santé physique ³³	6.8		6.7		8.0
Taux d'occupation des lits (excluant gériatrie et psychiatrie) ³⁴		73.9%		77.7%	-
Personnes en attente d'hébergement en CHSLD (10/03/2014) ³⁵	0		14		-
Personnes en attente d'hébergement en RI-RIS (10/03/2014) ³⁶	5		35		-
PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS					
	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Personnes recevant le supplément de revenu garanti (paiements actifs) ³⁷	2 544	57.7%	23 284	57.3%	43.7%
Personnes nouvellement vaccinées contre le pneumocoque (% sur pop. 65 ans et plus) ³⁸	76	1.6%	1 401	3.2%	-
Personnes ayant bénéficié de services d'aide à la vie domestique par des entreprises d'économie sociale ³⁹	564	11.5%	4 543	10.4%	-
Personnes vivant en ménage privé ⁴⁰	3 705	81.3%	33 615	85.1%	89.8%

PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Taux brut d'hospitalisation de courte durée, toutes causes ¹		39.1%		36.0%	31.0%
Durée moyenne de séjour de courte durée, toutes causes ¹	9.3		10.8		14.7
Personnes vivant en ménage privé ¹	1 400	64.7%	13 100	71.9%	80.5%
MORTALITÉ PRÉMATURÉE (MOINS DE 75 ANS) ⁶	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Tumeurs (moyenne pour 2008 à 2010)	28	43.8%	264	43.8%	45.5%
Appareil circulatoire (moyenne pour 2008 à 2010)	11	17.7%	123	19.0%	19.1%
Traumatismes non intentionnels (moyenne pour 2008 à 2010)	3	4.7%	45	6.9%	7.1%
Appareil respiratoire (moyenne pour 2008 à 2010)	6	9.4%	48	7.4%	5.5%
Maladies du système nerveux (moyenne pour 2008 à 2010)	2	3.1%	25	3.9%	3.8%
Maladies de l'appareil digestif (moyenne pour 2008 à 2010)	3	4.2%	24	3.7%	3.8%
Autres causes de décès (moyenne pour 2008 à 2010)	11	17.2%	99	15.3%	15.2%
Nombre total annuel moyen de décès (2008 à 2010)	64	100.0%	649	100.0%	100.0%

¹ Pour le nombre de lits occupés en CHS/SL, il s'agit d'une base à titre indicatif construite à partir du bassin de desserte et du ratio de 2,2 lits par 1 000. En CHSLD, le nombre de places a été déterminé en fonction du Plan d'action visant l'optimisation des services d'hébergement 2011-2013 (ratio de 2,8 lits par 100 personnes âgées).

¹¹ Ce nombre inclut les entreprises d'économie sociale, exercice financier 2012-2013.

⁶ Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

— Valeur non disponible

— Valeur trop imprécise pour être fournie.

Indique une différence significative du RLS avec la région ou de la région avec le Québec, au seuil de 0,05.

Lexique :

ASSS : Agence de la santé et des services sociaux

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

C.G. : courte durée

CHS/SL : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CJ : Centre jeunesse

CLSC : Centre local de services communautaires

CPEJ : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse

CRDP : Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique

CRJDA : Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation

CRPAT : Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes

CRDITD : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement

Sources de données :

MSSS, Info-Bassin 2012 pour année 2010-2011

Statistique Canada, Recensement et Enquête nationale auprès des ménages, 2011

Institut national de santé publique du Québec, données de 2010-2011

Rapports d'activités des entreprises d'économie sociale de la région du

Bas-Saint-Laurent, 2012-2013

Statistique Canada, Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ECCC),

2005 (population de 12 ans et plus, sauf avis contraire)

MSSS, Fichier des décès 2010 (espérance de vie, 2008-2010)

Plan d'action en santé dentaire publique du Bas-St-Laurent, 2011-2012

Institut de la statistique du Québec

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, données par CS de 2010-2011

MSSS, Fichier des naissances 2011 (2008-2010 : indice synth. de fécondité)

ASSS Bas-Saint-Laurent, Portrait de la clientèle en pédiatrie, 2012-2013

Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale, données pour 2013

Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, Rapport annuel de gestion 2012-2013

MSSS, Fichier des tumeurs, 2008 à 2010

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

ETC : Équivalent temps complet

IMC : Indice de masse corporelle

LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

RI : Ressource intermédiaire / RIS : Ressource intermédiaire spécialisée

RLS : Réseau local de services

RP : Ressource privée

RTP : Ressource de type familial

TC : Temps complet

TP : Temps partiel

¹¹ MSSS, Fichier Med-Echo, 2011-2012

¹² Service Canada, Données de la sécurité de la vieillesse pour 2012

¹³ Fichier de vaccination contre le pneumocoque VAXIN, 2012-2013

¹⁴ Système "Informatisation des mécanismes d'admission pour fins de gestion"

(IMAGES)

¹⁵ Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

¹⁶ Société de l'assurance-automobile du Québec, Dossier statistique

Bilan 2012, Accidents, parc automobile et permis de conduire, juin 2013

¹⁷ Association des centres jeunesse du Québec, Bilan des directeurs de la

protection de la jeunesse, année 2012-2013

¹⁸ ASSS Bas-Saint-Laurent, Plan d'action visant l'optimisation des services

d'hébergement 2011-2013

¹⁹ Rapport statistique AS-478, 2012-2013 (sauf taux d'occupation des lits 11-12)

²⁰ MSSS, Registre des résidences privées pour aînés, données pour le

Bas-Saint-Laurent, 2012 (incluant les OEBL)

²¹ MSSS, Fichier Med-Echo, 2012-2013

Vous pouvez consulter les fiches sociosanitaires à l'adresse suivante :

<http://www.sociosanitaires.qc.ca/index.php?id=127&expandable=85&subexpandable=4>

4. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET DE L'ENTENTE DE GESTION

La planification stratégique 2010-2015 adoptée en janvier 2011 oriente les actions de l'organisation. La réflexion entourant la planification stratégique a été réalisée avec le concours de l'équipe de direction, des gestionnaires et des membres du personnel siégeant au sein des différents exécutifs : CMDP⁵, CII⁶, CIIA⁷, CM⁸ du CSSSK, les organismes communautaires et les autres instances. Une consultation avait aussi été faite auprès des maires et préfet de la MRC de Kamouraska et de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. La planification stratégique du CSSSK constitue donc le guide de cheminement et il s'inspire de la planification stratégique 2010-2015 du Ministère de la Santé et des Services sociaux et de celle de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent pour la même période. Les qualités intrinsèques de cette planification sont d'abord les consultations dont elle a fait l'objet, le fait qu'elle interpelle toute l'organisation, que toutes les directions s'y retrouvent et enfin, qu'elle destine notre établissement à devenir un véritable réseau intégré de services.

4.1 LES ENJEUX CLINIQUES DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA SONT LES SUIVANTS :

Enjeu 1 : L'action concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être:

Orientation 1 : Consolider l'action sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être.

Enjeu 2 : La primauté des services de 1^{re} ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services:

Orientation 2 : Améliorer l'accès aux services médicaux de 1^{re} ligne.

Orientation 3 : Promouvoir l'utilisation des services Info-Santé et assurer l'accès à un service téléphonique pour les personnes éprouvant des problèmes psychosociaux.

Orientation 4 : Assurer la continuité des services dispensés aux clientèles atteintes de maladies chroniques ou de cancer.

Orientation 5 : Assurer la continuité des services aux jeunes en difficulté.

Orientation 6 : Assurer la continuité des services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou aux prises avec une problématique d'abus ou de dépendance.

Orientation 7 : Améliorer l'intégration et la coordination des services offerts aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Orientation 8 : Améliorer l'accessibilité et la qualité des services de soutien à domicile et offrir des milieux de vie diversifiés et adaptés aux besoins des clientèles ayant des besoins spécifiques.

Orientation 9 : Consolider l'organisation des services en soins palliatifs de fin de vie.

Enjeu 3 : Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services:

Orientation 10 : Assurer une répartition et une organisation optimale des ressources médicales spécialisées.

Orientation 11 : Assurer l'accès aux services thérapeutiques et diagnostiques.

Orientation 12 : Assurer l'accès aux services de réadaptation et de maintien dans le milieu pour les personnes ayant une déficience.

⁵ CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

⁶ CII : Conseil des infirmières et infirmiers

⁷ CIIA : Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

⁸ CM : Conseil multidisciplinaire

Orientation 13 : Assurer l'accès aux services spécialisés pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Enjeu 4 : La qualité des services et l'innovation:

Orientation 14 : Soutenir l'implantation de standards cliniques, le transfert des connaissances et l'innovation.

Orientation 15 : Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services.

Enjeu 5 : La mise en réseau des services de santé et des services sociaux:

Orientation 16 : Consolider la mise en place de notre réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS).

Enjeu 6 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines:

Orientation 17 : Mettre en place les conditions nécessaires à la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée répondant aux besoins de la population de notre territoire.

Orientation 18 : Offrir des conditions de travail et de pratique attrayantes et valorisantes.

Enjeu 7 : Le développement des systèmes d'information en support à l'offre de service:

Orientation 19 : Assurer l'accès, la circulation et l'intégration des informations cliniques et administratives.

Enjeu 8 : La performance globale du système de santé et de services sociaux:

Orientation 20 : Optimiser l'utilisation des ressources financières et matérielles.

Orientation 21 : Analyser les partages pertinents de services interétablissements et interagences.

Enjeu 9 : Les communications internes-externes:

Orientation 22 : Implanter le plan et la politique de communication.

Enjeu 10 : La gouvernance:

Orientation 23 : Revoir la gouvernance du CSSSK.

Les résultats obtenus par rapport notamment aux objectifs prévus au plan stratégique pluriannuel a fait l'objet de suivi tout au cours de son actualisation. Le tableau de suivi de la planification stratégique est présenté à l'annexe A. Les résultats quant aux engagements contenus dans l'entente de gestion et d'imputabilité sont présentés dans les pages qui suivent.

4.2 RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION

ENGAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Maintenir l'offre de service

L'Établissement s'engage à assurer le maintien des services offerts sur son territoire.

Notre CSSS a maintenu son offre de service et le suivi des volumes en témoigne. Par ailleurs, il a procédé à une modification de sa stratégie d'offre de service en fermant l'un des trois centres d'hébergement pour redéployer ses ressources vers des services de proximité. L'offre de service en centre d'hébergement n'a pas été compromise alors qu'elle a été rehaussée au soutien à domicile.

Atteindre les objectifs et rendre compte des résultats

Notre CSSS a pris les moyens pour respecter les cibles convenues à l'entente de gestion et nous avons produit régulièrement une reddition de compte. Sauf exception, les cibles ont été atteintes. Pour celles atteintes en partie, il y a des explications.

Donner suite aux priorités en matière d'optimisation

Notre CSSS a poursuivi ses mesures d'optimisation en fermant un centre d'hébergement. Nous poursuivons d'ailleurs nos travaux en ce sens puisque nous escomptons améliorer la performance de certains secteurs d'activités au cours de l'année financière 2014-2015.

Donner suite aux priorités en matière de ressources humaines

Des explications sont fournies au chapitre 5 ressources humaines de l'entente de gestion.

Respecter l'équilibre budgétaire

Notre CSSS termine l'année financière 2013-2014 en surplus.

Relever les défis reliés aux chantiers prioritaires identifiés par le Ministère

Notre CSSS a pris des décisions en concordance avec les orientations et les chantiers prioritaires identifiés par le Ministère d'autant plus que la planification stratégique a été élaborée en tenant compte de celle du Ministère et de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Ce bilan le démontrera dans les explications subséquentes.

Vers une politique nationale de prévention en santé publique

Il importe de faire davantage de prévention et de s'assurer que la santé est mieux prise en compte dans les décisions publiques.

L'établissement devra notamment intensifier les efforts de mobilisation et de soutien auprès des acteurs intersectoriels qui ont une influence sur les déterminants de la santé (municipalités, milieux scolaires, milieux communautaires, etc.) de même qu'auprès des acteurs du Réseau local de services.

Notre CSSS a procédé à la révision des plans d'action avec ses partenaires intersectoriels (jeunesse, personne en perte d'autonomie, santé mentale). Des activités de préventions ont eu lieu sur tout le territoire.

Politique nationale de soutien à l'autonomie : le domicile

L'établissement doit s'assurer d'une évaluation ou d'une réévaluation adéquate des besoins de cette clientèle avec l'Outil d'évaluation multi clientèle (OEMC), élaborer un plan d'intervention ou de service individualisé, intensifier les services de soutien à domicile afin de mieux répondre aux besoins évalués et mettre à contribution, de manière plus soutenue, le réseau des organismes communautaires et des entreprises d'économie sociale en aide domestique.

La majeure partie de la clientèle a été également réévaluée à partir de l'OEMC. Notre CSSS s'est assuré d'évaluer ou de faire une réévaluation adéquate des besoins de sa clientèle avec l'Outil d'évaluation multi clientèle (OEMC).

Le nombre de plans (pourcentage du nombre de clientèle et OEMC complété) : un peu plus de 70 % au 31 mars 2014.

Le vieillissement actif

L'Établissement utilisera comme moyen de favoriser la concertation entre les partenaires une table locale de concertation sur le vieillissement en santé pour la population de son territoire.

Le conseil d'administration de notre CSSS a adopté une résolution favorisant la participation du CSSSK à une démarche de vieillissement actif supportée par l'INSPQ. Ce projet est piloté par la Table des aînés du Kamouraska.

La lutte contre la maltraitance

La lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées, qu'elles soient autonomes et en bonne santé ou vulnérables, demeure une préoccupation majeure.

Trois formations ont été offertes aux partenaires (organismes communautaires et résidences privées) et aux intervenants sur le dépistage de la maltraitance faite aux aînés. Environ, 77 personnes ont été formées.

Maladies chroniques

En lien avec les besoins des personnes aux prises avec des maladies chroniques, l'Établissement favorisera la mise en place de mesures de concertation afin de favoriser un suivi intégrée de ces personnes, notamment en lien avec les services médicaux et les autres partenaires du territoire.

À cet égard, notons pour notre CSSS la mise en place des mesures de concertation suivantes :

- Suivi systématique MPOC;
- Suivi des diabétiques;
- Suivi des personnes atteintes de maladies cardiaques;
- Suivi concerté pour les proches aidants.

Soins de première et de deuxième ligne

GMF

L'amélioration de l'organisation des services suppose une médecine de première ligne forte appuyée par une deuxième ligne efficace en mettant de l'avant des pratiques collaboratrices.

Notre CSSS travaille de concert avec ses GMF. La bonification des services courants à La Pocatière a permis une meilleure accessibilité à des soins requis suite aux références de la GMF et des médecins travaillant en CLSC. À cet égard, il a atteint les résultats suivants :

- 95 % (environ) des usagers ont un médecin de famille;
- Le nombre de visites à l'urgence a diminué alors que le nombre de civières occupées est stable;
- Le nombre de sans rendez-vous a augmenté en GMF;
- Le séjour moyen d'un patient sur civière est de 8,47 heures par rapport à une cible maximale de 11 heures, il est exceptionnel que la cible maximale soit dépassée;
- La durée de séjour sur civière à l'urgence pour les patients en attente d'une hospitalisation est moins de 24 heures, sauf exception;
- Une amélioration de la concertation interdisciplinaire de l'équipe des maladies chroniques et les médecins en GMF (MPOC).

RLS et services médicaux

Afin d'assurer un meilleur arrimage entre les besoins de la population en matière de services médicaux et de garantir un meilleur accès aux médecins de famille et ainsi favoriser une meilleure prise en charge de la clientèle, l'Établissement initiera la mise en place sur son territoire d'une table de concertation des services médicaux de première ligne.

Notre CSSS a initié et mis en place une table de concertation des services médicaux de première ligne. Ceux qui siègent à cette table sont : le directeur général, la directrice de programmes et des soins infirmiers, le directeur des services professionnels, le directeur des services à la clientèle et de la qualité, la coordonnatrice de programme santé physique et des soins infirmiers, deux médecins du GMF et le chef du département de médecine générale.

Urgence hospitalière

La durée moyenne de séjour à l'urgence devra se situer, en tout temps, à moins de 12 heures et il devra n'y avoir aucune personne ayant une durée de séjour de 24 heures et plus.

L'urgence démontre avoir atteint les cibles. Même si les cibles sont atteintes, la direction exerce une vigilance en relevant toute situation en écart à la cible. Il y a une belle collaboration des médecins et des équipes. Les résultats sont les suivants :

- *Le temps d'attente est moins de 12 heures;*
- *La durée de séjour à l'urgence est moins de 24 heures, sauf de rares exceptions;*
- *Le séjour moyen sur civière à l'urgence a passé de 10,73 h à 8,47 (après 11 périodes).*

Libération des lits de courte durée

Les résultats observés démontrent que le CSSSK libère rapidement ses lits et que la clientèle est orientée avec diligence vers les lieux appropriés. Aucune occupation de lits en courte durée pour des patients en entente d'hébergement.

Le taux respectif de déclarations en hébergement à partir du centre hospitalier, comme il est stipulé dans le Guide de gestion de l'urgence (2006), doit diminuer pour se situer à moins de 5%.

Notre CSSS affiche un taux de 0 % de déclaration en hébergement à partir de l'Hôpital.

Santé mentale

Pour ce qui est de la santé mentale, l'Établissement devra fournir tous les efforts pour compléter l'offre de service comme prévu au Plan d'action en santé 2005-2010 : « La force des liens » et amorcer les actions prévues au deuxième Plan d'action en santé mentale dont la publication est prévue au printemps 2013.

Notre CSSS avait investi les sommes reçues, entre 2005 et 2010 en développement des services en santé mentale ciblés au plan d'action. Depuis ce temps, il s'est assuré de maintenir l'offre de service.

Nous poursuivrons la réalisation du plan avec les partenaires en santé mentale (Table de concertation locale).

Chirurgie

Pour notre CSSS, l'accès à la chirurgie demeure une priorité. Il n'y a aucune attente de plus de six mois.

Jeunes en difficulté

L'Établissement et le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent doivent poursuivre l'implantation des orientations contenues dans le document « Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-services Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2015 ».

Voir les cibles spécifiques à ce sujet à l'entente de gestion.

Cancérologie

Offrir la meilleure qualité de vie possible aux personnes atteintes de cancer, réduire la mortalité due au cancer et diminuer l'incidence de cette maladie au sein de la population.

Notre CSSS travaille en partenariat avec les établissements spécialisés dans ce domaine. Il y a des ententes de service avec le CSSS Rimouski-Neigette, CSSS de Rivière-du-Loup et le CSSS Alphonse Desjardins. Tous les besoins sont répondus soit localement, régionalement ou interrégionalement. Le délai de prise en charge est rapide.

Aussi, notre CSSS a mis en place le dépistage du cancer du côlon. Le suivi MPOC aide à détecter le cancer du poumon. Le nombre de traitements a augmenté en oncologie.

Technologies de l'information

Une meilleure utilisation des technologies de l'information conduira à l'amélioration de la qualité des services aux usagers et, ultimement, à l'optimisation de chaque dollar investi.

Notre CSSS poursuit sa contribution dans les projets d'optimisation déjà entrepris, notamment la téléphonie IP, la visioconférence, le courrier électronique, la gestion du parc des postes de travail et le regroupement des centres de traitement de données. Le dossier de téléphonie cellulaire a été réalisé en 2012-2013.

LES PRIORITÉS RÉGIONALES 2013-2014

Santé publique

Les indicateurs ainsi que les engagements et les cibles qui leur sont associés se retrouvent au chapitre IV de l'entente de gestion.

Soutien à domicile

Optimisation en soutien à domicile

Pour le CSSS de Kamouraska, la mise en œuvre de ce plan d'action devra permettre d'offrir 816 heures de service de soutien à domicile de longue durée dans votre territoire pour l'année 2013-2014.

La cible est atteinte. Il y a eu une transformation de 1 159 heures travaillées indirectes en heures directes. (Voir chapitre 4, page 16 de l'entente de gestion).

De plus, l'Établissement devra produire un bilan de la mise en œuvre de son plan d'action pour 2013-2014, selon le gabarit fourni par l'Agence.

Ce bilan a été fait en février 2014.

Développements en soutien à domicile- SAPA

Ces heures additionnelles devraient permettre d'atteindre graduellement une proportion de 30 % d'heures en services professionnels et de 70 % d'heures en activités de la vie quotidienne (AVQ). Dans ce dernier cas, il faudra privilégier les entreprises d'économie sociale en aide domestique ou, lorsque cela n'est pas possible, les organismes communautaires de votre territoire. La qualité des services offerts aux usagers doit être au cœur de vos ententes avec ces organisations. Des précisions seront apportées ultérieurement quant à l'utilisation de ces sommes.

Pour notre CSSS, 30 % de l'enveloppe en services professionnels a été investi par la dotation d'un poste de travailleur social à temps complet. 70 % de l'enveloppe pour les AVQ sera investi via une entente avec l'entreprise économie sociale. C'est en cours de négociation.

Augmentation du nombre de personnes évaluées ou réévaluées

La pertinence des services offerts aux usagers repose notamment sur l'évaluation de ses besoins. À cet égard, au cours de l'année 2013-2014, tous les usagers ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée devront avoir été évalués ou réévalués à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), et ce, afin de pouvoir bénéficier du régime d'assurance autonomie.

La majeure partie des clients a été également réévaluée à partir de l'OEMC. Notre CSSS s'est assuré d'évaluer ou de faire une réévaluation adéquate des besoins de sa clientèle avec l'Outil d'évaluation multi clientèle (OEMC). Le nombre de plans (pourcentage du nombre de clientèle et OEMC complété) : un peu plus de 70 % au 31 mars 2014.

La gestion de cas pour les personnes âgées en soutien à domicile

En 2013-2014, un budget de développement sera mis en place pour la consolidation de la fonction de gestion de cas. Des précisions seront apportées ultérieurement quant à l'utilisation de ces sommes. L'atteinte des résultats observés sera validée dans la grille OSIRSIPA⁹ complétée par votre établissement en mai 2014, soit :

- le nombre d'intervenants en, ETC¹⁰ qui assument des fonctions de gestionnaire de cas (Q17);
- tous les intervenants exerçant la fonction de gestion de cas devront avoir reçu une formation spécifique à la gestion de cas (Q.25a).

Le 22 mars 2014, notre CSSS a reçu la confirmation du développement budgétaire (équivalent à deux jours et demi par semaine en service professionnel). Le processus de dotation est en cours.

Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées

Nous réitérons l'importance de poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA). Pour le CSSSK, la cible de 2013-2014 est fixée à 78 % en ciblant particulièrement les mécanismes de coordination, l'évaluation des besoins par l'utilisation de l'OEMC et la gestion de cas. *Le résultat pour notre CSSS sera connu en mai 2014.*

⁹ OSIRSIPA Outil de suivi de l'implantation du réseau de service intégré pour les personnes âgées

¹⁰ ETC : Équivalent temps complet

Les jeunes et leur famille

L'établissement doit également s'engager à mettre en place des équipes d'intervention jeunesse ou mécanismes de coordination équivalents afin d'éviter que des jeunes se retrouvent en rupture de services.

Notre CSSS a mis en place un mécanisme de coordination des services. Il s'agit d'un comité d'organisation des services. Ce comité priorise les demandes de service, nomme un intervenant pivot et fournit des pistes d'intervention.

De plus, votre établissement devra mettre en œuvre, dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014, les mesures suivantes :

- contribuer à l'implantation d'un programme s'adressant aux familles négligentes ayant des enfants de 0 à 12 ans;

Notre CSSS a consolidé le programme EnTrain avec le centre jeunesse.

- contribuer au maintien des équipes multidisciplinaires de 2^e niveau en santé mentale et en prévention du suicide dans les centres jeunesse.

Notre CSSS a mis en place une équipe de soins partagés avec la pédopsychiatrie et l'équipe de première ligne du CSSS (intervenants et médecins).

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA)

L'Établissement doit poursuivre l'implantation des composantes de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, tant à l'urgence que dans les unités de soins, qui admettent des personnes âgées, selon les cibles suivantes :

Composantes	Cibles 2013-14	Résultat au CSSSK
Un soutien à l'implantation	50 % pérennité	Atteint
Une gouvernance clinique	100 % implanté	Atteint
La formation et les activités de <i>coaching</i>	50 % implanté	Atteint à 30 %*
Algorithme de soins cliniques à la personne âgée	50 % implanté	Atteint à 20 %*
Les interventions cliniques	100 % en cours d'implantation	En cours
L'évaluation de la qualité	100 % en cours d'implantation	En continu

* Deux « *coachs* » ont quitté le CSSSK et une troisième est en congé de maternité. Ce qui explique les résultats atteints.

L'accès aux services spécialisés

En continuité avec les démarches entreprises l'an dernier avec la mise en œuvre du plan de travail pour améliorer l'accès aux services spécialisés, l'établissement devra collaborer à l'élaboration et à la mise en œuvre du deuxième plan de travail sur le sujet. Ce plan de travail permettra d'identifier :

- les problématiques et domaines que la région souhaite traiter;
- les projets pour permettre d'améliorer la situation;
- les indicateurs requis au suivi de l'amélioration de la situation;
- les grandes étapes requises à la réalisation;
- les échéanciers;

- les partenaires impliqués.

Notre CSSS contribue à la table régionale pour la mise en œuvre du plan de travail pour améliorer l'accès aux services spécialisés.

Imagerie médicale

Pour le domaine de l'imagerie médicale, tous les indicateurs doivent atteindre la cible visée pour chacun des neuf (9) types d'examens identifiés :

- proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois (90 %);
- proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins (100 %);
- proportion des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis (90 %);
- proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins (100 %).

Les délais sont respectés (en ce qui concerne les examens lus par le médecin du CSSSK).

L'accès aux services de santé mentale

Pour améliorer l'efficacité des services de santé mentale :

- L'établissement devra collaborer à l'élaboration et à la mise en œuvre, d'ici mars 2014, d'une offre de service ambulatoire de première et deuxième ligne en santé mentale, en fonction des cibles énoncées au Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : « La force des liens », et reconduite dans la planification stratégique 2010-2015.
- L'Établissement devra porter une attention particulière à l'atteinte des cibles prévues à la Planification stratégique 2010-2015 à savoir, les services aux jeunes, les services aux adultes et aux aînés.

Notre CSSS a participé aux discussions régionales et sous-régionales en lien avec l'offre de service en santé mentale.

Dossier de santé du Québec (DSQ) et Dossier clinique informatisé (DCI)

Au cours de l'année 2013-2014, l'Établissement devra collaborer à la poursuite des travaux entourant le déploiement du DSQ et du DCI.

Notre CSSS a déployé le DSQ - Volet médicaments qui est accessible pour les personnes suivantes :

- Médecins;
- Infirmières à l'urgence et aux soins intensifs;
- Pharmaciens et ATP.
- Pour le DCI, notre CSSS a poursuivi sa collaboration relativement aux travaux suivants :
- Numérisation;
- Arborescence;
- GDC.

De plus, notre CSSS a participé au comité directeur du DCI.¹¹

¹¹ DCI : Dossier clinique informatisé

La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles

L'Établissement devra respecter le cadre de gestion du Plan de gestion en ressources informationnelles (PGRI) établi dans la circulaire 2012-021 (03.02.30.15) qui détermine les conditions et les modalités relatives aux outils de gestion. Ce cadre de gestion détermine, entre autres, les rôles, les responsabilités et les dates de production par les établissements et les agences des documents suivants à l'aide de l'application informatique Actifs+ Réseau.

Au cours de 2013-2014, les documents suivants devront être produits :

Planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles (PTPARI)		
Agence	Transmission de la PTPARI approuvée de l'Agence au DRI	1 ^{er} novembre 2013
	Transmission de la synthèse régionale au DRI	
	Transmission des avis reçus du DRI aux établissements	1 ^{er} avril 2014
Programmation annuelle des projets et activités en ressources informationnelles (PARI)		
Agence	Transmission de la PARI de l'Agence au DRI pour analyse et avis de conformité	1 ^{er} mai 2013
	Transmission de la synthèse régionale et des recommandations émises au DRI	1 ^{er} mai 2013
	Confirmation des autorisations ministérielles émises aux établissements	15 juillet 2013
État de santé des projets (ESP)		
Agence	Production dans Actifs+Réseau d'une déclaration concernant l'ESP de plus de 100 k \$ en cours de réalisation d'implantation ou de rodage	Aux dates déterminées par le DRI
	Transmission, le cas échéant, des avis et recommandations formulées concernant l'ESP de la région au DRI	

Notre CSSS a fait les rapports selon les délais demandés.

OPTIMISATION EN TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION

COURRIER ÉLECTRONIQUE

Cible

Implanter un service « infonuagique » commun pour l'ensemble des intervenants du RSSS incluant les services de courrier électronique, d'agenda, d'annuaire, de gestion des tâches et de synchronisation des « assistants numériques personnels » (ANP).

Pour l'année 2013-2014, l'Établissement devra collaborer à la progression des étapes suivantes à réaliser :

Phase préparatoire

- Épurier les archives des boîtes de courrier électronique sur les postes de travail et sur les serveurs;
- Épurier les boîtes de courrier électronique;
- Épurier le carnet d'adresses national;
- Normaliser les adresses de courrier électronique suivant la directive ministérielle;
- Gérer le changement;

- Gérer les communications.

Notre CSSS a collaboré à la phase préparatoire comme demandé et demeure disponible pour les phases subséquentes.

Phase prédéploiement

- Participer à l'élaboration et à l'approbation du plan régional de migration.

Phase déploiement

- Participer à la coordination régionale de la migration des utilisateurs du courrier électronique vers le Service national de courrier électronique.

Applications Lotus/Notes

- Réaliser l'analyse d'impact de la migration des applications cliniques et établir les divers scénarios, leurs coûts, les risques ainsi que leurs planifications globales d'ici le 1^{er} octobre 2013;
- Participer à l'élaboration de la stratégie régionale de conversion des applications Lotus Notes d'ici le 1^{er} octobre 2013;
- Maintenir à jour l'inventaire des applications Lotus Notes en fonction du degré d'avancement de la migration.

GESTION DU PARC DES POSTES DE TRAVAIL

Cible

Implanter les pratiques de gestion reconnues et les technologies se rattachant à une gestion optimale d'un parc de postes de travail permettant, d'ici le 31 mars 2016, d'optimiser l'ensemble de la gestion du parc des postes de travail incluant les tablettes numériques. S'assurer que les logiciels libres soient considérés au même titre que les autres logiciels.

Pour l'année financière 2013-2014, l'Établissement devra collaborer à la progression des cibles d'optimisation minimales suivantes :

- une sélection et une gestion régionale des logiciels et des licences (31 mars 2014);
Notre CSSS y collabore.
- le regroupement au niveau régional ou suprarégional du soutien de 1^{er}, 2^e et 3^e niveau du parc des postes de travail, de la virtualisation des applications cliniques et administratives et du déploiement des postes de travail (1^{er} décembre 2013);
Notre CSSS y collabore.
- la production d'un bref état de situation (15 septembre 2013 et 15 janvier 2014);
Notre CSSS a procédé à cette production.
- Atteindre l'objectif de la virtualisation de 21 % des postes de travail additionnels pour l'exercice 2013-2014 (le nombre précis de postes est à venir);
Notre CSSS a dépassé la cible avec un résultat de 60 %.
- Élaborer le plan de migration des systèmes d'exploitation (SE) Microsoft Windows XP (1^{er} juin 2013) et en débiter la réalisation en accord avec la directive ministérielle;
Ayant déjà procédé à la migration de près de 60 % de nos postes de travail, la migration vers Windows 7 sera plus facile. Nous respecterons les échéanciers ajustés du MSSS.

- S'assurer, dès les premiers travaux d'analyse et dans les appels d'offres en accord avec la directive sur les logiciels libres dans le RSSS, d'intégrer les conditions permettant que soient considérés les logiciels libres au même titre que les autres logiciels.

Notre CSSS y collabore.

REGROUPEMENT DES CENTRES DE TRAITEMENT

Cible

D'ici le 31 mars 2016, regrouper et optimiser l'ensemble des centres de traitement (CTI) d'une région dans un site régional ou suprarégional assurant la continuité des opérations :

- Regrouper la gestion des choix des applications cliniques et administratives, des systèmes d'exploitation et des technologies critiques;
- Normaliser les applications cliniques et administratives;
- Assurer la mise à niveau des CTI locaux.

Pour l'année financière 2013-2014, l'Établissement devra collaborer à la progression des cibles d'optimisation minimales suivantes :

- Réaliser un inventaire, en respect avec les échéanciers convenus, des centres de traitement précisant notamment le nombre de serveurs qui y sont hébergés, leur utilisation, la criticité, etc., suivant le gabarit fourni par le Ministère;
- Réaliser un plan d'affaires, au plus tard le 30 juin 2013, pour l'optimisation des centres de traitement de la région visant à :
 - réduire le nombre de centres de traitement dans la région;
 - établir le niveau de maturité des CTI locaux et mesurer l'écart avec la cible;
 - optimiser l'utilisation des centres de traitement régionaux déjà en place;
 - augmenter la virtualisation des environnements de traitement;
 - augmenter la rationalisation des logiciels et de leurs versions;
 - analyser l'impact sur l'optimisation des ressources spécialisées en technologie de l'information;
 - produire un bref état de situation (15 septembre 2013 et 15 janvier 2014).

Notre CSSS collabore aux énoncés ci-dessus relativement au regroupement des centres de traitement.

TÉLÉPHONIE

Notre CSSS a procédé au remplacement de son système téléphonique en 2012 et collabore à l'évolution des systèmes téléphoniques.

VISIOCONFÉRENCE

Cible

Procurer aux établissements du RSSS¹² un service national de visioconférence fiable, performant et évolutif soutenant l'ensemble des besoins cliniques (télésanté) et administratifs. Pour l'année financière 2013-2014, l'Établissement devra collaborer à la progression des cibles d'optimisation minimales suivantes :

- Réaliser la migration des environnements de visioconférence et des stations de visioconférences vers le nouveau service, incluant la mise à jour de l'inventaire (1^{er} juillet 2013);

¹² RSSS : Réseau santé et services sociaux

- Participer à la prise en charge des responsabilités régionales identifiées dans le cadre de gestion du service, dès le 1^{er} juillet 2013;
 - Maintenir à jour l'inventaire régional des stations de visioconférence.
- Notre CSSS collabore aux énoncés ci-dessus relativement à la visioconférence.*

SÉCURITÉ DE L'INFORMATION

Cible

Assurer la sécurité de l'information en accord avec les lois et règlements ainsi que de bonnes pratiques dans le domaine. Pour l'année financière 2013-2014, l'Établissement devra collaborer à la progression des cibles d'optimisation minimales suivantes :

- Établir le bilan des mesures en places en matière de sécurité de l'information à l'Agence et dans les établissements d'ici le 1^{er} octobre 2013 suivant les directives ministérielles;
Notre CSSS a produit son bilan de sécurité pour validation auprès de l'Agence et sera acheminé selon le délai demandé (15 mai 2014).
- Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du réseau d'alerte en sécurité de l'information au niveau de l'Agence et des établissements suivant les directives ministérielles;
Notre CSSS y collabore.

Processus de coordination lié aux projets d'optimisation

Il est entendu que l'Établissement collaborera à la mise en place de cette stratégie et des projets d'optimisation en découlant.

Notre CSSS a participé aux différents projets d'optimisation régionaux :

- *Paie régionale (coordination);*
- *Frais juridique;*
- *Présence au travail;*
- *Condition de travail des cadres.*

LES ATTENTES DE LA P-DG EN REGARD DU RÉSEAU RÉGIONAL

Pour 2013-2014, l'Agence et les établissements concentreront leurs efforts à assurer le suivi des priorités régionales suivantes :

- L'amélioration de la santé globale de la population, notamment en actualisant, au niveau local, la mesure de soutien allouée aux CSSS pour la mise en place d'une ressource locale dédiée à la promotion des saines habitudes de vie et à la création d'environnements favorables;
Notre CSSS a dédié une ressource à temps complet en promotion des saines habitudes de vie.
- La poursuite des travaux amorcés concernant le vieillissement en santé de la population par la mise en place de mesures de concertation intersectorielle dans chaque territoire de CSSS ainsi qu'au niveau régional;
Notre CSSS a piloté la Table des aînés du Kamouraska.
- La consolidation de l'organisation des services de première ligne, en misant particulièrement sur :
 - l'accès aux médecins de famille;
 - la mise en place des principes de l'approche « Advance Acces »;
 - le suivi intégré des maladies chroniques entre les équipes locales en CSSS, les GMF et les cabinets de médecins de famille.

Voir « Soins de 1^{re} et 2^e ligne – GMF », à la page 4 de notre 'entente de gestion.

- Le soutien aux jeunes en difficulté par la finalisation du déploiement du programme Entrain et le début d'implantation du programme Actions interministérielles pour le développement des enfants et de leur sécurité (AIDES);

Notre CSSS collabore avec le centre jeunesse à l'implantation du programme AIDES (en cours). Programme EnTrain déployé à 100 %.

- Le suivi de la démarche de consolidation et d'amélioration du continuum de soins et de services en santé mentale;

Voir la page 5 de notre entente de gestion.

- La transformation de l'organisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en misant particulièrement sur la consolidation et l'optimisation des services de soutien à domicile, l'optimisation des services en Centre de jour et la hiérarchisation de l'offre de service en hébergement;

Notre CSSS a réalisé une transformation de son offre de service aux personnes âgées et aux personnes en perte d'autonomie :

- Révision du centre de jour;
- Investissement au SAD;
- Optimisation des places d'hébergement;
- Spécialisation de RI;
- Création de l'UTRF.

- La consolidation du continuum de services en santé physique en misant notamment sur :

- l'utilisation appropriée et la performance des urgences, incluant le plan de désengorgement si nécessaire;

Un plan de désengorgement a été déposé en décembre 2013.

- la production chirurgicale incluant la chirurgie oncologique;

La gestion des épisodes de soins et la gestion serrée des besoins des personnes en fin de soins actifs en centre hospitalier.

Voir page 5 de notre entente de gestion.

Les résultats observés à l'urgence, la durée moyenne de séjour à l'hospitalisation, le temps requis pour obtenir un lit en hébergement et les délais d'attente en chirurgie attestent que le CSSSK travaille avec une approche de continuum de services gérés et consolidés.

- La poursuite des efforts de chaque établissement pour la prévention et le contrôle des infections nosocomiales;

Notre CSSS présente des résultats de la surveillance des infections nosocomiales trois fois par année au conseil d'administration. Les résultats observés témoignent de situations très bien contrôlées.

Notre CSSS a atteint la cible identifiée à ce qui à trait aux zones grises. Il tient des activités de formation et de promotion en matière de prévention et des infections (lavage des mains, audits).

- La mobilisation des ressources et des acteurs dans les dossiers d'informatisation clinique, particulièrement le DCI et les DMÉ; l'engagement de tous les établissements dans la mise en place des chantiers régionaux d'optimisation que sont le regroupement du traitement de la paie, les services juridiques et l'assurance salaire ainsi que la collaboration de tous les établissements dans la poursuite des travaux amorcés visant l'optimisation de l'approvisionnement et de la gestion des ressources en immobilisation ainsi que l'organisation de l'ensemble des laboratoires en lien avec le projet Optilab.

Notre CSSS participe aux différents projets régionaux :

- DCI, Gestion ressource d'immobilisation, Paie régionale (coordination), Frais juridique, Présence au travail, Condition de travail des cadres, projet OPTILAB (entend collaborer au projet)..

LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MINISTÈRE

Le tableau qui suit présente, selon les programmes services, les indicateurs, les objectifs du plan stratégique ainsi que les engagements de la région pour la période 2013-2014.

Indicateurs	Engagements 2013-2014	CSSSK Résultats obtenus
Santé publique		
1.01.12. B.1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatale et postnatale), au cours de l'année de référence prénatale.	0,5	0,36 <i>En 2012-2013 : 0,04 Bonne progression en comparaison de l'an passé. Programme en repositionnement.</i>
1.01.12. B.2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatale et postnatale), au cours de l'année de référence postnatale 1.	1	0,91 <i>En 2012-2013 : 0,64 Bonne progression en comparaison de l'an passé. Programme en repositionnement.</i>
1.01.12. B.3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE ¹³ , par période de suivi (prénatale et postnatale), au cours de l'année de référence postnatale 2.	0,5	0,21 <i>En 2012-2013 : 0,09 Bonne progression en comparaison de l'an passé. Programme en repositionnement.</i>
1.01.12. B.4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatale et postnatale), au cours de l'année de référence postnatale 3.	0,25	0,02 <i>En 2012-2013 : 0 Les efforts ont été consentis au nombre de visites prénatales et postnatales.</i>
1.01.14-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccins contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais.	90 %	91%
1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccins contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais.	90 %	71,3 <i>Il est difficile de mobiliser les parents pour un 2^e rendez-vous à courte échéance (en lien avec la vaccination polio).</i>
1.01.16.01-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccins contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais.	90 %	N/D
1.01.17-EG2 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel.	Comité fonctionnel	<i>Ce comité est fonctionnel.</i>

¹³ SIPPE : Services intégrés pour la périnatalité et pour la petite enfance

Indicateurs	Engagements 2013-2014	CSSSK Résultats obtenus
1.01.18-EG2 Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.	Programme existant	Programme existant.
1.01.19.1-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis (diarrhées associées au Clostridium difficile (DADC)).	Maintien des taux d'infection inférieurs au seuil établi	7,48 Seuil : 4,4 Il s'agit de six cas sur 10 000. Donc, conséquence des petits nombres.
1.01.19.2-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis (bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline).	Maintien des taux d'infection inférieurs au seuil établi	0
1.01.19.3-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis (bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs).	Maintien des taux d'infection inférieurs au seuil établi	Non applicable. Notre unité comporte moins de dix lits aux soins intensifs.
1.01.20-PS Pourcentage des activités du PNSP ¹⁴ implantées (par questionnaire aux 2 ans).	PAL en santé publique mis à jour et fonctionnel	Mise à jour faite et le plan est fonctionnel. En cours d'évaluation (suivi annuel).
Jeunes en difficultés		
Nombre d'usagers suivis en CSSS pour lesquels il existe un PI ou un PSI.	Augmentation	N/D Actuellement, une évaluation est en cour pour connaître le pourcentage des PI ou PSI réalisés.
1.06.10 Pourcentage de territoires locaux où est offert un programme d'intervention en négligence reconnu efficace.	Programme en place	Programme en place.
SAPA		
1.03.05.01-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC).	Optimisation 816	1159 (tableau de reddition)
	Développement 2070	3489 (P-10)
	Total 2886	4648 Cible dépassée
1.03.06-PS Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services.	78 %	À confirmer en mai, nous estimons avoir atteint 71 % (en évaluation) par rapport à 66 % en 2012-2013.

¹⁴ PNSP : Plan national de santé publique

Indicateurs	Engagements 2013-2014	CSSSK Résultats obtenus
Assurer la mise en place et l'animation, avec les partenaires de l'établissement, d'une table de concertation intersectorielle locale visant le vieillissement en santé et sécuritaire des communautés et l'ajustement en continu de l'offre de service aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.	Table de concertation en place et fonctionnelle	Table en place et fonctionnelle.
Déficiences		
1.45.45.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE.	90 %	Il n'y a pas eu de priorité urgente.
1.45.45.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE.	90 %	Il n'y a pas eu de priorité élevée.
1.45.45.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE.	90 %	100 %
Dépendance		
1.07.05-PS Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS.	49	39 Tous les clients nécessitant des services de 1 ^{re} ligne en dépendances ont été pris en charge.
Santé mentale		
1.08.05-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	27	Selon l'Agence, 10 cas. Selon nos dossiers, nous avons 17 cas. Tous les clients ont été vus. Pour atteindre la cible, nous appliquons des stratégies de « reaching out ».
1.08.09-PS Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC).	413	505
Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux graves pour lesquels il existe un PI ou un PSI.	Augmentation	Données non disponibles. Selon un audit réalisé en avril, 50 % des usagers ont un PI ou PSI.
Soins palliatifs		
Élaboration et mise en œuvre dans chaque établissement d'un programme de services en soins palliatifs.	Programme disponible et fonctionnel	Programme disponible et fonctionnel.

Indicateurs	Engagements 2013-2014	CSSSK Résultats obtenus
Santé physique		
1.09.01-PS Séjour moyen sur civière (durée).	11	8,47
1.09.03-PS Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière.	0	0
1.09.20.04-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour.	90 %	Absence d'un mécanisme central, mais tous les cas sont traités dans les délais.
1.09.20.05-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation.	90 %	
1.09.25-PS Nombre total de GMF implantés.	1	1
Soutenir l'intégration des professionnels autres que les médecins et les infirmières dans les GMF.	Nombre de professionnels intégrés dans les GMF	Nutritionniste, inhalothérapeute, kinésologue, infirmières en maladies chroniques.
1.09.26-PS Pourcentage des médecins de famille exerçant en cabinet ou en CLSC qui pratiquent en Groupes de médecine de famille (ou équivalents).	72 %	54 %
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille.	80 %	95 % selon le sondage agrément en février 2014.
Maladie cardiovasculaire (MCV) : Nombre d'usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement.	206	Données P-11 237 (en 2012-2013 : 125)
Diabète : Nombre d'usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement.	625	319 (en 2012-2013 : 344)
Asthme : Nombre d'usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement.	59	20 (en 2012-2013 : 24)
MPOC : Nombre d'usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement.	105	119 (en 2012-2013 : 127)
1.09.31-PS Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière.	Tendre vers 0 % Maximum 5 %	0 % sauf de rares exceptions.
1.09.32.04-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour.	0	0
1.09.32.05-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation.	0	0
1.09.33-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier).	90 %	100 %

Indicateurs	Engagements 2013-2014	CSSSK Résultats obtenus
Hygiène et salubrité		
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité.	80 %	100 %
Ressources humaines		
3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées.	5,28 %	2,59 % en P-12 donc mieux que la cible.
3.05.01-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières.	5,31 %	4,86 % en P-12. Excluant les conseillères en soins et les CEPI.
3.05.02-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau.	2,60 %	
3.06.01-PS Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières.	0	0,8 % En diminution par rapport à l'an passé.
3.06.02-PS Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires.	0	0
3.06.03-PS Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0	0
3.06.04-PS Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0	5,89 % dû au congé de maternité (3) et au congé de maladie (2) sur une équipe de 9 personnes.
3.08-PS Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	Plan de main-d'œuvre mis à jour	Réalisé et déposé à l'Agence en septembre 2013.
3.09-PS Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Démarche réalisée	Selon l'avis inscrit au système GESTRED, les établissements qui ont inscrit un projet en 2011-2012 ou en 2012-2013 n'ont pas à n'en inscrire un pour 2013-2014.
3.10-PS Pourcentage des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	Programme de soutien en place et fonctionnel	Un programme de préceptorat est en place et fonctionnel dans notre CSSS.
3.13-PS Pourcentage des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Décider et débiter le déploiement du programme d'amélioration du climat de travail de l'établissement	L'établissement a décidé de procéder à la demande de certification « Entreprise en Santé ». La demande de certification est transmise au Bureau de normalisation du Québec et les audits sont prévus pour le début de l'année 2015.

Indicateurs	Engagements 2013-2014	CSSSK Résultats obtenus
3.14-PS Pourcentage des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Maintien des activités de l'Établissement visant la mobilisation des ressources humaines	<i>L'Établissement est en attente des résultats du sondage sur la mobilisation effectuée en mars 2014. Visite d'Agrément prévue en octobre 2014.</i>
Désencombrement des urgences		
4.01.01-EG2 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	Tendre vers 0 patient	0
4.01.02-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	Tendre vers 0 patient	0
4.01.03-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	Tendre vers 0 patient	0
4.01.04-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	Tendre vers 0 patient	1 (3 jours au total).
4.01.05-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	Tendre vers 0 patient	0
4.01.06-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	Tendre vers 0 patient	0
4.01.07-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	Tendre vers 0 patient	0
Répertoire des ressources		
6.01.01-EG2 Proportion des ressources du Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RSSS) mises à jour dans les délais	95 %	<i>Aucune donnée disponible.</i>

RELEVER LE DÉFI DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Production et mise à jour annuelle d'un plan de main-d'œuvre

Les travaux du comité national ont permis de définir le contenu minimal d'un plan de main-d'œuvre local, régional et national et de prévoir leur intégration dans la séquence annuelle des cycles de gestion. En outre, le premier cycle de gestion relatif à la production de plan de main-d'œuvre, pour lequel une reddition de comptes est prévue, a débuté en avril 2012. L'Établissement s'engage à fournir l'information requise à cet égard.

Notre CSSS a déposé son plan de main d'œuvre en septembre 2013 à l'Agence, tel que requis.

Enquête sur les postes vacants

Étant donné l'importance d'avoir accès à des données valides, l'Établissement doit mettre à jour la structure de postes pour l'ensemble des titres d'emploi, et ce, selon la procédure décrite au guide pour la GPMO (version 2012).

La conseillère de l'Agence qui sera en support aux établissements a été formée sur le cadre normatif à l'hiver 2014. La formation des pilotes locaux des établissements aura lieu le 13 mai 2014.

Démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail

Pour assurer une utilisation optimale des compétences du personnel et en rapport avec l'indicateur 3.09 « Pourcentage des établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail » l'Établissement devra, si ce n'est déjà fait, déposer un projet de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail et le formulaire prévu à cette fin dans GESTRED.

Selon l'avis inscrit au système GESTRED, les établissements qui ont inscrit un projet en 2011-2012 ou en 2012-2013, n'ont pas à n'en inscrire un pour 2013-2014. Ce fut le cas pour notre CSSS.

Mesures prévues aux conventions collectives

Afin que les mesures mises en place lors du renouvellement des conventions collectives avec les salariés engendrent les résultats escomptés en termes d'attraction et de rétention dans les secteurs ciblés, l'Agence doit s'assurer que l'ensemble des établissements de sa région applique intégralement les dispositions prévues aux conventions collectives. Toutes autres dispositions régissant les conditions de travail des employés du RSSS (professionnels de la santé et personnel d'encadrement) doivent également être respectées.

Notre CSSS applique les dispositions prévues aux conventions collectives et les autres conditions de travail des employés du RSSS.

ATTEINDRE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE DANS LE RESPECT DES RÈGLES

Les priorités ministérielles en matière d'équilibre budgétaire

Notre CSSS a terminé l'année financière 2013-2014 en surplus.

Offrir des services à un niveau correspondant à l'enveloppe budgétaire

Les règles doivent être prises en considération dans le processus d'approbation de tout plan de redressement de l'établissement, afin d'assurer le maintien de la gamme de services.

Nous n'avons pas eu de plan de redressement et nous avons assuré le maintien de la gamme de services. Les résultats en témoignent.

Nous vous demandons de mettre en place les mesures appropriées pour réduire de 10 % les dépenses de nature administrative au terme de l'exercice 2013-2014.

Nous avons fait l'exercice demandé.

Un suivi rigoureux devra être assuré auprès de l'Agence si l'Établissement entrevoit présenter des perspectives déficitaires en écart à l'équilibre.

Le suivi a été fait.

4.3 AUTRES INFORMATIONS RELATIVEMENT A L'APPLICATION DE LA LOI

Relativement à l'application de la *Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette* (2010, chapitre 20) :

Le CSSS de Kamouraska a orienté ses actions vers la recherche des bonnes pratiques et a maintenu les mesures de compressions budgétaires antérieures que le ministère de la Santé et des Services sociaux a adoptées dans le cadre de la loi 100 et de la directive du MSSS entrée en vigueur le 30 avril 2010 qui vise à réduire le coût des activités administratives des établissements de santé et de services sociaux de façon rigoureuse. Des mécanismes avaient d'ailleurs été mis en place pour assurer le suivi de son application. Les enveloppes budgétaires initiales avaient alors été ajustées en tenant compte des cibles budgétaires à rencontrer.

Malgré le fait que les mesures qui avaient été identifiées concernaient principalement les activités de nature administrative, une attention particulière a été apportée quant à la pertinence des dépenses de même type reliées aux activités cliniques (recherche des bonnes pratiques) sans toutefois compromettre les services directs à la population.

Ainsi, dans le cadre de l'application de la loi 100, la cible budgétaire qui devait être rencontrée sur la période 2011-2012 / 2013-2014 est une somme de 362 567 \$ répartie de la façon suivante :

- 2010-2011 : 147 956 \$
- 2011-2012 : 119 360 \$
- 2012-2013 : 51 833 \$
- 2013-2014 : 43 418 \$

Rappelons qu'au cours des années précédentes, les différentes compressions ont été faites en respect des attentes ministérielles. Également, les efforts d'optimisation demandés par le MSSS dans le but d'atteindre l'équilibre budgétaire et de réduire la dette, au cours des trois (3) dernières années, nous avons mis en place des mesures d'optimisation pour un total cumulatif de 976 474 \$, répartie de la façon suivante :

- 2011-2012 : 117 141 \$
- 2012-2013 : 342 116 \$
- 2013-2014 : 517 217 \$

Pour atteindre cet objectif important, la direction générale en collaboration avec les autres directions de l'établissement ont mis en place tous les moyens pour répondre à cette commande et déployer les efforts nécessaires pour atteindre les meilleures pratiques.

Relativement à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) :

Au sujet de la sécurité des soins et services

Les informations concernant la sécurité des soins et services et les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents sont présentées dans le rapport de la direction des services à la clientèle et de la qualité ainsi que dans le rapport du comité de gestion des risques.

Il n'y a pas eu d'évaluation annuelle concernant les principaux constats tirés de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1). Toutefois, un suivi sera effectué au cours de l'année. Notons qu'en décembre 2013, un avis du coroner a été diffusé à tous les établissements suite à un décès survenu dans un CHSLD de Montréal. Nous n'avons pas eu de suivi à faire à ce sujet, car il n'y a pas eu de recommandation de la part du Coroner à notre égard.

Au sujet de l'examen des plaintes et de la promotion des droits

Quant aux résultats concernant l'examen des plaintes et de la promotion des droits, les moyens pour la population d'accéder au rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes ainsi que la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits (art. 33, al.2, par.10 et art. 76.10) sont présentés lors d'une séance régulière du conseil d'administration et lors de la séance publique d'information. Lors de ces séances, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services fait entre autres une présentation de son rôle et du processus de traitement des plaintes et répond aux questions du public. De plus, des affiches relativement à l'examen des plaintes et à la promotion des droits sont clairement identifiées sur les murs des différentes installations du CSSSK et des dépliants sont disponibles à la réception des installations, dans les présentoirs des salles d'attente et dans les guides d'accueil des résidents. À l'automne, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité a fait la tournée des résidences d'hébergement pour rencontrer les résidents et leur famille afin de les informer sur leurs droits et sur le processus de plaintes.

Une section du site Web du CSSSK est dédiée aux informations relativement aux plaintes. Une vidéo explicative présentant le rôle d'un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services y est d'ailleurs accessible. Le rapport annuel du CSSSK est accessible sur notre site Web. La population peut aussi se le procurer en communiquant avec M^{me} Annick Bernard au secrétariat de la direction générale au 418 856-7000, poste 3229.

Au sujet de l'information et de la consultation

Notre CSSS utilise différentes façons pour informer la population du territoire, et ce, en vertu de l'article 99.8 de la LSSSS¹⁵.

Le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska s'est inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et la sécurité. La satisfaction des besoins et des attentes de la clientèle est donc au cœur des préoccupations au quotidien. Lors de la séance d'information publique, les différents dossiers de l'année ainsi que les objectifs de la prochaine année sont présentés.

Afin de connaître la satisfaction de la clientèle, des sondages ont été réalisés au cours de l'année. D'ailleurs, un sondage de satisfaction auprès de la clientèle du CLSC, de l'Hôpital et des centres d'hébergement a été fait par le conseil québécois d'Agrément. Les résultats seront connus dans la prochaine année.

¹⁵ LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

Divers communiqués ont été publiés dans le journal Le Placoteux et à la radio CHOX-FM. Une brochure présentant les services à domicile a été distribuée dans tous les foyers du Kamouraska. Cette brochure est aussi distribuée par l'équipe d'organisation communautaire lors d'activités ou rencontres.

Les différentes rencontres avec les partenaires intersectoriels et communautaires font aussi partie des modes d'information et de consultation de la population utilisés par notre CSSS. De plus, notre site Internet présente à la population une vue d'ensemble de nos services et permet une accessibilité à certains sondages de satisfaction, à certains rapports dont entre autres le rapport annuel, le rapport financier et les rapports de la visite d'agrément. Notre site est actualisé de façon continue. Dans le cadre de la promotion des saines habitudes de vie, des chroniques à la radio ont été mises sur pied. Ces chroniques répondent aux questions du public tout en axant sur les bonnes habitudes de vie. Elles sont transcrites et publiées dans le journal Le Placoteux et sur notre site Internet.

Finalement, rappelons que notre site Internet a été monté en respect des standards sur l'accessibilité d'un site Web en respect de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne (L.R.Q., c. C-12), de la Loi sur la fonction publique (L.R.Q., c. F-3.1.1) et de la Loi sur l'administration publique (L.R.Q., c. A-6.01). Le contenu de notre site est élaboré en respect des articles 182.9, 182.10 et 295 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux et de la circulaire 2011-033 en lien avec les modifications législatives concernant l'agrément.

5. CONSEILS OU COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (CHAPITRE S-4.2)

5.1 LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION AU 31 MARS 2014

Monsieur	Desjardins	Jean	Président
Monsieur	Dufour	Claude	
Madame	Bissonnette	Diane	
Monsieur	Bélanger	Jean-Simon	
Monsieur	Bossinotte	Richard	
Madame	Laplane	Johanne	1 ^{re} vice-présidente
Madame	Caron	Annie	
Madame	Lapointe	Anne-Marie	
Madame	Milliard-Lavoie	Ghislaine	
Dr	Lebel	Mario	
Monsieur	Michaud	Jeannot	Secrétaire (départ 6 décembre 2013)
Monsieur	Petit	Daniel	Secrétaire
Madame	Verreault	Lise	
Madame	Fortin	Aline	
Monsieur	Crête	Paul	2 ^e vice-président
Madame	Jeffrey	Marie-Catherine	
Madame	Potvin	Monique	
Madame	Chouinard	Aline	
Monsieur	Boissonnault	Daniel	

5.2 LES CONSEILS ET LES COMITÉS INSTITUÉS EN VERTU DE LA LOI

Officiers du conseil d'administration	M. Jean Desjardins, président M ^{me} Johanne Laplante, 1 ^{re} vice-présidente M Paul Crête, 2 ^e vice-président M. Daniel Petit, secrétaire
Comité exécutif Comité d'évaluation du directeur général	M. Jean Desjardins, président M ^{me} Johanne Laplante, 1 ^{re} vice-présidente M Paul Crête, 2 ^e vice-président
Comité de vérification, des immobilisations et des ressources informationnelles	M. Claude Dufour M. Paul Crête M ^{me} Johanne Laplante M ^{me} Aline Fortin
Comité de vigilance et de la qualité	M ^{me} Ghislaine Milliard-Lavoie M ^{me} Aline Fortin M ^{me} Monique Potvin
Comité de révision	M ^{me} Ghislaine Milliard-Lavoie Dre Pia St-Louis et Dr Denis Pelletier
Comité de gouvernance et d'éthique	M ^{me} Diane Bissonnette M ^{me} Marie-Catherine Jeffrey M. Paul Crête M. Jean Desjardins M. Daniel Petit
Comité des ressources humaines	M ^{me} Diane Bissonnette M ^{me} Marie-Catherine Jeffrey M. Paul Crête

*** Le président et le directeur général siègent d'office aux différents comités sauf si le Règlement de régie interne du conseil d'administration du CSSSK prévoit d'autres modalités. ***

Les faits saillants ainsi que les suites apportées relativement au comité de vigilance et de la qualité quant aux principales recommandations formulées par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services et retenues par le conseil d'administration (art. 181.0.1), les conclusions du comité concernant les autres rapports et recommandations sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus qu'il a examinés et les suites ou améliorations apportées ou envisagées par le conseil d'administration à l'égard de ces conclusions sont présentées à l'intérieur des rapports des différents conseils et comités.

Relativement aux activités du comité de gestion des risques

Au sujet des principaux risques d'incidents/accidents et la gestion des risques et de surveillance

Les principaux risques d'incidents/accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance (art. 183.2) ainsi que les recommandations et les suivis effectués par le comité en lien avec les priorités de l'établissement en matière de gestion des risques d'incidents/accidents et de surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales sont présentés dans le rapport annuel du comité de gestion des risques.

6. PRÉSENTATION DES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

Les principales informations concernant les ressources humaines à emploi de notre CSSS font partie du rapport financier annuel AS-471 de l'Établissement. Ce rapport est disponible sur notre site internet.

6.1 EXTRAITS DES ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Les renseignements du rapport financier annuel sont présentés à l'annexe C. Le tableau intitulé « État du suivi des réserves, les commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant » est présenté à l'annexe B.

6.2 CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) les membres du conseil d'administration d'un établissement public ou privé conventionné sont tenus d'établir un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable. Plus spécifiquement, en vertu de l'article 181.0.0.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, cette responsabilité incombe au comité de gouvernance et d'éthique relevant du conseil d'administration. Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs est publié sur notre site Internet de notre CSSS et dans ce rapport annuel. Tel qu'il est spécifié dans la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, le code d'éthique et de déontologie porte sur les devoirs et obligations des membres du conseil d'administration. La révision de ce code sera effectuée à juin 2014. Notons que durant l'année 2012-2013, aucun cas de manquement n'a été constaté.

7. RAPPORTS DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES, DU MÉDECIN EXAMINATEUR ET DES DIFFÉRENTS CONSEILS OU COMITÉS

Les rapports des différents conseils ou comités du centre de santé et de services sociaux de Kamouraska créés en vertu de la loi sur les services de santé et les services sociaux sont présentés dans les pages qui suivent.

- Rapport annuel de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
- Rapport annuel du médecin examinateur
- Rapport annuel du comité de vigilance et de la qualité
- Rapport annuel du comité de gestion des risques
- Rapport annuel du comité de révision
- Rapport annuel du comité des usagers et des comités des résidents
- Rapport annuel du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- Rapport annuel du conseil des infirmières et infirmiers (CII)
- Rapport annuel du conseil multidisciplinaire
- Rapport annuel du comité de gouvernance et d'éthique
- Rapport annuel du comité des actifs informationnels

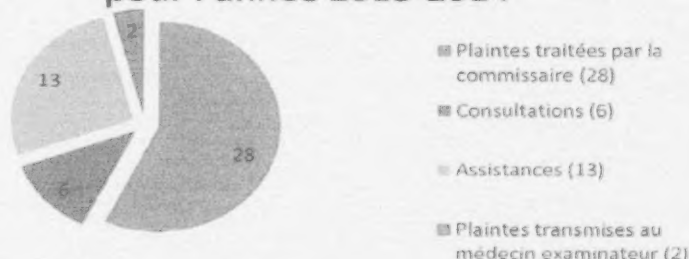
7.1 RAPPORT ANNUEL DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

RAPPORT ANNUEL 2013-2014 Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

La commissaire occupe une fonction exclusive au sein de l'établissement, à raison de 14 heures par semaine, et elle relève du conseil d'administration. Mme Alice Bélanger a débuté l'année 2013-2014 et Mme Stéphanie Bush a pris la relève de façon intérimaire à la mi-octobre. Son rôle est, notamment, d'assurer le respect des droits des usagers et de veiller à l'amélioration de la qualité des services. La commissaire a compétence pour traiter les plaintes qui émanent des soins et services donnés par le CSSS de Kamouraska, soit à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima, en CHSLD (Centre d'hébergement D'Anjou, Centre d'hébergement Thérèse-Martin et Centre d'hébergement Villa Maria), en CLSC (points de service de La Pocatière, St-Pascal et St-André), en ressources intermédiaires (7 résidences sur le territoire) et à domicile.

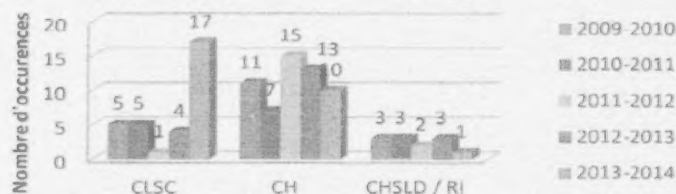
Pour l'exercice 2013-2014, la commissaire a reçu 26 dossiers et conclu 28 plaintes dont 2 ont été transmises au médecin examinateur, comparativement à 23 dossiers en 2012-2013. Au 31 mars 2014, tous les dossiers de la commissaire avaient été traités et 1 dossier était encore en examen par le médecin examinateur. En cours d'année, deux dossiers ont fait l'objet d'une demande de révision auprès du Protecteur du citoyen, mais cette démarche, dans les deux cas, a finalement été cessée par l'usager. Dans le cadre de son mandat, la commissaire a également traité 13 dossiers d'assistance et 6 dossiers de consultation.

Dossiers traités par la CLPQS pour l'année 2013-2014



La provenance des dossiers est répartie entre les trois missions du CSSSK de la façon suivante :

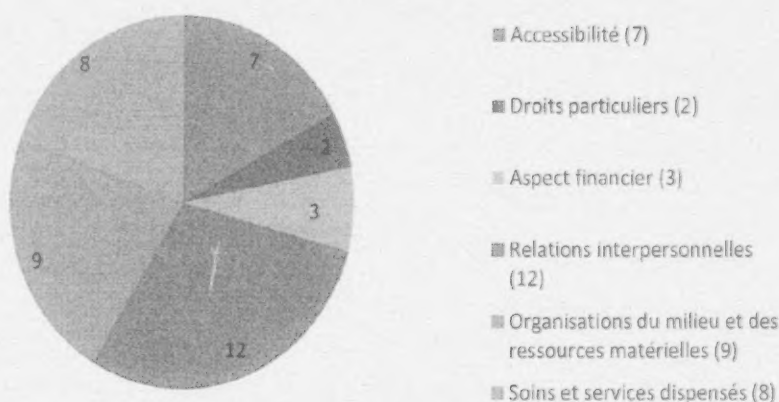
Répartition des dossiers de plaintes par mission pour les 5 derniers exercices



Une augmentation des plaintes a été constatée pour le CLSC, en lien avec le déménagement du point de service de La Pocatière vers l'hôpital. Quelques personnes ont fait part de leur insatisfaction face à la nouvelle organisation des lieux. Ils reprochent notamment que l'accueil est loin des portes d'entrée, du changement des heures d'ouverture de la réception, de la température de la salle d'attente et du manque d'insonorisation.

Cette année, 41 objets de plaintes ont été répertoriés parmi les dossiers conclus pendant l'exercice, en lien avec les catégories ci-dessous :

Objets de plaintes pour les dossiers conclus en 2013-2014



Des conclusions sont émises pour chaque plainte traitée et sont dégagées de chaque intervention menée. Plusieurs d'entre elles visent à donner des explications ou des informations sur les situations rapportées. Par exemple, cela permet au plaignant de mieux comprendre les critères d'éligibilité aux services offerts ou le mode d'organisation et de dispensation de ces services. Par contre, lorsque des correctifs ou des améliorations découlant du traitement d'une plainte sont nécessaires, des mesures correctives visant l'amélioration de la qualité des services sont alors identifiées.

Cette année, 14 objets de plaintes sur 41 ont entraîné une recommandation de la commissaire. Quant à la nature de ces recommandations, elles sont à portée individuelle dans 8 cas (57 %). Les 8 recommandations ont touché les aspects suivants : l'information ou la sensibilisation d'un intervenant (4), l'amélioration des communications (1), un changement d'intervenant (1) ou l'encadrement d'un intervenant (1) et finalement un ajustement financier.

Les recommandations qui ont eu une portée systémique (6) visaient à créer une collaboration dans le réseau (1), informer et sensibiliser les intervenants (2) et de faire un ajustement technique (3).

En ce qui a trait au délai de traitement des dossiers, celui-ci est variable et est affecté par la présence de dossiers complexes. Cette année, près de 93 % des dossiers de plaintes ont été examinés à l'intérieur du délai maximum de 45 jours prévu par la loi. Cette situation est difficilement prévisible puisqu'elle est

tributaire de l'ampleur du dossier et du nombre d'intervenants impliqués. Ainsi, les objets de plaintes qui concernent la qualité des soins et services dispensés nécessitent souvent une analyse en profondeur des balises professionnelles et des protocoles à la base de la dispensation du soin, ce qui entraîne inévitablement un délai de traitement plus étendu.

Puisque la commissaire n'œuvre pas en vase clos, le délai de traitement des plaintes est aussi influencé par la disponibilité des gestionnaires et des employés qui doivent être rencontrés dans le cadre d'une enquête. L'objectif pour cette année était la diminution des délais de traitement de l'ensemble des dossiers et l'augmentation du nombre de dossiers traités dans les délais requis. Cet objectif nous semble avoir été atteint et nous tenons à souligner la belle collaboration des chefs de services et des directeurs.

Dans le cadre de ses autres fonctions, la commissaire a également participé aux activités suivantes :

- 4 rencontres du comité de vigilance,
- 2 rencontres de la Table régionale des commissaires du Bas Saint-Laurent,
- 1 parution dans le journal interne du CSSSK pour sensibiliser les employés au droit à la confidentialité pour les usagers,

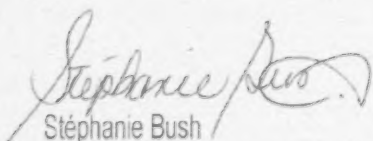
Nous avons atteint certains objectifs qui avaient été fixés :

- Diminuer le délai de traitement des dossiers de plainte;
- Faire des rencontre de sensibilisation des employés (CHSLD, CH, CLSC) sur le régime d'examen des plaintes, sur la notion de confidentialité et à son application dans le travail au quotidien et sur les droits des usagers.

Objectif 2014-2015 :

- Étant donné la visite d'agrément prévue en octobre 2014, dans les prochains mois, nous investirons nos énergies à faire connaître au personnel de l'établissement la procédure d'examen des plaintes et les informer sur les droits des usagers.

Le retour de madame Alice Bélanger est prévu à la fin du mois d'août ou au début du mois de septembre 2014.



Stéphanie Bush

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services par intérim
23 avril 2014

7.2 RAPPORT ANNUEL DU MÉDECIN EXAMINATEUR

Le 19 mars 2013, Dr Richard Boudreau, médecin examinateur au CSSSK depuis 2009, remettait sa démission au directeur général de l'établissement, démission qui a été effective le 1^{er} juillet 2013.

Ainsi, entre le 1^{er} juillet et le mois d'octobre 2013, le CSSS de Kamouraska a été dépourvu d'un médecin examinateur. Ce n'est que le 28 octobre 2013 que le conseil d'administration du CSSSK procédait à la nomination du Dr Michel Loyer à titre de médecin examinateur. Suite à cette nomination, un dossier lui a été transmis.

BILAN

Ainsi, au cours de l'année 2013-2014, deux dossiers de plaintes ont été acheminés au médecin examinateur, dont un est toujours en cours. Des éléments incontrôlables ont fait en sorte que ce dossier n'a pu être traité dans un délai respectable, entre autres les différentes tâches du Dr Loyer, qui est aussi médecin examinateur pour deux autres établissements de santé du Québec, et des problèmes de santé.

Aucun dossier n'a été transféré au comité de discipline ni au comité de révision.

Dr Michel Loyer,
médecin examinateur

7.3 RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

COMPOSITION DU COMITÉ

Ce comité est formé de cinq membres, dont trois sont désignés par le conseil d'administration. Cette année, il s'agissait de :

- Madame Ghislaine Milliard-Lavoie, présidente du comité et membre du C.A.
- Madame Monique Potvin, membre du C.A.
- Madame Aline Fortin, membre du C.A.
- Madame Alice Bélanger, commissaire locale aux plaintes et à la qualité de services (d'avril à octobre)
- Madame Stéphanie Bush, commissaire intérimaire depuis octobre 2013
- Monsieur Jeannot Michaud, directeur général (d'avril à décembre)
- Monsieur Daniel Petit, directeur général intérimaire de janvier à mars 2014

Les personnes suivantes ont également assisté aux rencontres :

- Monsieur Frédéric Gagnon, directeur des services à la clientèle et de la qualité
- Monsieur Jean Desjardins, président du conseil d'administration
- Madame Julie Chénard, adjointe administrative

MANDAT DU COMITÉ

Le mandat principal du comité de vigilance et de la qualité est d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et de veiller à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment à l'égard de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés, de même qu'au respect des droits des usagers.

BILAN DE L'ANNÉE

En 2013-2014, quatre (4) réunions régulières ont été tenues. Les rapports de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, de même que ceux du comité de gestion des risques ont été présentés, analysés et ont fait l'objet de discussions à chacune de ces rencontres.

Également, les sujets suivants ont été discutés :

- Préparation de la visite d'Agrément Canada prévue en octobre 2014 qui a fait l'objet d'un suivi à chaque rencontre;
- Suivi des visites ministérielles au Centre d'hébergement Villa Maria et au Centre d'hébergement D'Anjou.

PERSPECTIVES POUR LA PROCHAINE ANNÉE

En 2014-2015, le comité prévoit faire le suivi du plan d'amélioration continue de la qualité, poursuivre la préparation de la visite d'agrément du mois d'octobre 2014 et, mettre en place et déposer un rapport trimestriel au conseil d'administration.

En terminant, je remercie les membres pour leur contribution essentielle dans l'amélioration des services offerts à notre population.

Ghislaine Milliard-Lavoie

Madame Ghislaine Milliard-Lavoie
Présidente du comité de vigilance et de la qualité
23 avril 2014

7.4 RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES 2013-2014

La raison d'être du comité de gestion des risques est de rechercher, développer et promouvoir des moyens en vue d'assurer la sécurité des usagers. En regard de ces mandats, le comité de gestion des risques s'est réuni à trois (3) reprises durant l'année financière 2013-2014. Les membres qui en font partie sont :

Madame Annie Chamberland, gestionnaire de risques
Monsieur Denis Pelletier, représentant du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Madame Doris Brassard, représentante du Conseil des infirmiers et infirmières
Madame Louise East, représentante du Conseil multidisciplinaire
Madame Liliane Dubé, conseillère en prévention et contrôle des infections
Madame Lise Viens, agente de liaison, représentante du comité des usagers
Madame Marie-Andrée Lévesque, représentante du comité des usagers
Monsieur Luc Adam, directeur des ressources financières, techniques et informationnelles
Monsieur Frédéric Gagnon, directeur des services à la clientèle et de la qualité
Monsieur Jeannot Michaud, directeur général (mai à décembre 2013)
Monsieur Daniel Petit, directeur général par intérim (janvier 2014 à aujourd'hui)

RÉALISATION DES RECOMMANDATIONS

Une analyse régulière des rapports d'incidents et d'accidents a été réalisée et cinq (5) événements sentinelles ont été analysés. Des recommandations ont été acheminées aux directions concernées, ainsi qu'au conseil d'administration, afin d'améliorer les services et augmenter le degré de sécurité lors de la prestation des soins et des services.

De ces recommandations, des actions ont été prises telles que :

- ✓ Amélioration de l'organisation des salles de réanimation 1 et 2 à l'hôpital afin de les rendre uniformes.
- ✓ Adoption d'une procédure portant sur l'entretien et le nettoyage des systèmes de ventilation.
- ✓ Embauche d'une infirmière de liaison pour assurer la continuité des soins /services suite aux congés des usagers.
- ✓ Formation de base en santé mentale donnée par l'infirmière du programme de santé mentale aux ASI et coordonnatrices ainsi qu'à l'équipe de l'urgence, soins intensifs, unité multiclientèle, unité de jour et bloc opératoire.
- ✓ Vérification systématique des chariots de code assurée à chaque quart de travail par les ASI et données compilées par la suite par l'agente administrative.
- ✓ Implantation du babillard électronique à l'unité multiclientèle. Cet outil a été développé dans le but de rejoindre davantage les équipes sur le terrain, particulièrement ceux et celles travaillant les fins de semaines et sur les quarts de nuit.
- ✓ Rafranchissement offert aux membres du personnel de l'urgence sur l'utilisation du logiciel « Stat-Urgence » (décembre 2013). Formation toujours en cours.
- ✓ Adoption de la politique et de la procédure « Gestion des stupéfiants, drogues contrôlées et substances ciblées » portant sur le décompte des narcotiques.
- ✓ Audit portant sur le processus d'administration des médicaments.

SUIVI ACCORDÉ AU PLAN D'ACTION 2013-2014

✓ « S'assurer du déploiement du programme de prévention des chutes »

Le comité de prévention des chutes s'est réuni à 8 reprises entre le mois d'octobre 2013 et avril 2014. Le comité a déposé, pour adoption, une procédure sur la prévention des chutes ainsi qu'un formulaire unique incluant à la fois l'évaluation du risque de chute et les interventions préventives à mettre en place. L'objectif visé par la procédure et le formulaire est d'assurer une application facile et uniforme pour l'ensemble des intervenants du CSSSK.

Des outils permettant également de faciliter le déploiement du programme ont été développés (aide-mémoire, fiche technique, algorithme plastifié).

✓ « Réaliser une tournée visant un rappel sur l'obligation de divulguer aux intervenants clés »

Les intervenants suivants ont été rencontrés : équipe de la pharmacie, tous les gestionnaires. Une tournée auprès des médecins est actuellement en planification en vue d'être réalisée d'ici juin 2014.

Un document de référence portant sur la gestion des risques incluant une section dédiée à la divulgation a également été développé à l'intention des gestionnaires.

✓ « S'assurer du déploiement de la formation « Code blanc » »

La procédure « Code Blanc » a été approuvée en septembre 2013. 176 membres du personnel, incluant les ASI et coordonnatrices ont été formés. Une pochette comportant tous les éléments nécessaires à l'application du Code Blanc a été distribuée. Un aide-mémoire sous forme d'étiquette plastifiée a été apposé sur les différents téléphones de l'hôpital afin d'assurer une réaction rapide à ce type d'urgence. Des simulations ont été réalisées auprès des quarts de fin de semaine, de nuit et du côté du CLSC pour le quart de jour.

✓ « Renouveler l'activité de sensibilisation à la déclaration d'incidents/accidents « La chambre des erreurs » »

Cette activité a été reportée à l'été 2014.

✓ « Sensibiliser les propriétaires, employés et bénévoles des ressources intermédiaires à l'importance de déclarer les incidents et accidents. »

En novembre et décembre 2013, la tournée des ressources intermédiaires a été réalisée.

✓ « Assurer la présence du comité de gestion des risques dans les différents médias du CSSSK »

Le déploiement du babillard électronique a permis la diffusion de 3 capsules portant sur des sujets en lien avec la gestion des risques et 3 articles ont paru dans le journal interne. Également, une section dédiée à la sécurité et au rôle du comité de gestion des risques est présentée dans le site internet du CSSSK.

STATISTIQUES


Il y a eu cette année, **1 535** incidents/accidents déclarés comparativement à **1 396** en 2012-2013.

Pour l'année 2013-2014, les principaux événements pour l'ensemble de notre organisation sont les chutes et les erreurs de médicaments. Ceux-ci représentent respectivement **43.2%** et **31.3%** de toutes les situations déclarées comparativement à **50.4%** et **26.5%** pour l'année précédente.

	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Chutes	639	775	600	423
Médication	417	421	438	543
Traitement / Test diagnostique	96	88	80	126
Équipement / Matériel / Bâtiment / Effets personnels	28	81	69	137
Autres types d'évènements	289	180	209	306
Total:	1469	1545	1396	1535

CONCLUSION

Le comité de gestion des risques est conscient de l'importance du mandat qui lui est confié et s'investit dans la compréhension des enjeux organisationnels, tant en matière de gestion des risques que du développement d'une culture de sécurité dans toutes les sphères d'activités de l'établissement.


Annie Chamberland
Gestionnaire de risques
Avril 2014

7.5 RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE RÉVISION

COMPOSITION

Conformément aux dispositions de la Loi, l'Établissement doit former un comité de révision. Celui-ci est composé de trois (3) membres nommés par le conseil d'administration. Le président du comité est nommé parmi les membres élus ou cooptés du conseil d'administration et les deux (2) autres membres sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens qui exercent leur profession dans l'Établissement. La durée du mandat est fixée à un (1) an.

Pour l'année 2013-2014, le comité était composé des personnes suivantes :

- Madame Ghislaine Milliard-Lavoie, présidente
- D^r Denis Pelletier
- D^{re} Pia St-Louis

MANDAT

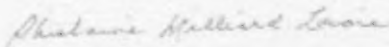
Le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur par le médecin examinateur, lorsque la demande lui en est faite par le plaignant ou par le professionnel visé par la plainte. À cet effet, il doit prendre connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'utilisateur, s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, avec diligence et équité, et que les motifs des conclusions du médecin examinateur, le cas échéant, se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles.

Au terme de sa révision, le comité doit, dans les 60 jours de la réception d'une demande de révision, communiquer par écrit un avis motivé à l'utilisateur, au professionnel concerné, au médecin examinateur et au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement concerné.

BILAN 2013-2014

Au cours de l'année 2013-2014, aucune plainte n'a été soumise au comité de révision.

La présidente,



Ghislaine Milliard-Lavoie
23 avril 2014

COMITÉ DES USAGERS

DU

CSSS DE KAMOURASKA

**RAPPORT D'ACTIVITÉS
2013-2014**

JUIN 2014

TABLE DES MATIÈRES

1. MOT DE LA PRÉSIDENTE
2. COMPOSITION DU COMITÉ DES USAGERS ET DES COMITÉS DES RÉSIDENTS DU
CSSSK
3. RAPPORT D'ACTIVITÉS POUR L'ANNÉE 2013-2014
4. OBJECTIFS DU COMITÉ DES USAGERS DU CSSSK ET DES COMITÉS DES RÉSIDENTS
DES CENTRES D'HÉBERGEMENT 2014-2015
5. RAPPORT FINANCIER DU BUDGET 2013-2014
6. PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES 2014-2015

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE COMITÉ DES USAGERS DU CSSSK

MOT DE LA PRÉSIDENTE

En 2013-2014, le Comité des usagers du CSSSK s'est préoccupé davantage des services offerts dans les ressources intermédiaires. Il nous semble qu'on y réfère des cas de plus en plus lourds depuis qu'on applique très rigoureusement les règles d'admission en CHSLD. Lorsque la clientèle s'alourdit, les services devraient suivre. Nous avons fait la tournée des sept ressources intermédiaires avec une employée du CSSSK pour expliquer l'importance de la déclaration des accidents et incidents. Il serait nécessaire d'en faire plus.

Nous avons également travaillé en collaboration avec le CSSSK sur l'évaluation de la satisfaction des usagers. Nous avons participé à l'élaboration de sondages et de divers documents. La prochaine année devrait nous permettre grâce à ces derniers, d'avoir une image plus précise de cette satisfaction. La visite d'Agrément prévue pour octobre 2014 contribuera certainement à nous fournir des informations précieuses sur cette question qui est au cœur du mandat du Comité.

De plus, le Comité devrait mettre en place à l'automne 2014 une présence mensuelle au centre hospitalier pour accroître sa visibilité, se rapprocher des usagers qui vont y chercher des services et mieux connaître leurs préoccupations.

Finalement, nous avons l'intention de regarder du côté des services de maintien à domicile. Est-ce que le virage effectué sur ce plan contribue vraiment à aider les usagers du Kamouraska à demeurer plus longtemps à leur domicile comme ils le souhaitent ?

Les défis sont nombreux, le travail ne manque pas. J'en profite pour remercier notre employée madame Lise Viens, et les membres du Comité qui s'impliquent bénévolement pour le mieux-être de tous les usagers du CSSSK.

Marie-Andrée Lévesque
Présidente,
Comité des usagers du CSSSK

COMPOSITION DU COMITÉ DES USAGERS
CSSS DU KAMOURASKA
2013-2014

M ^{me} Marie-Andrée Lévesque Élue le 13 juin 2011 Élue présidente le 24 septembre 2013	Présidente	population Saint-Pacôme
M ^{me} Marie-Josée Landry Élue le 10 juin 2013 Élue vice-présidente le 24 sept 2013	Vice-présidente	population Saint Pascal
M ^{me} Marie-Hélène Lavoie Élue le 10 juin 2013 Élue secrétaire le 24 sept 2013	Secrétaire	population Saint Pascal
M ^{me} Thérèse Aubut Élue le 10 juin 2013		population Saint-Pascal
M ^{me} Sylvie Beaulieu Nommée le 8 février 2012	Représentante les usagers	ressources intermédiaires Saint-Pascal
M ^{me} Aline Chouinard Nommée le 31 août 2011	Présidente	Comité des résidents Centre Villa Maria
M ^{me} Berthe Dionne Élue le 19 juin 2012		population Saint-Bruno
M ^{me} Monique Potvin Élue le 19 juin 2012		population Saint-Germain

M^{mes} Monique Potvin et Aline Chouinard, membres du Conseil d'administration du CSSSK.

M^{me} Marie-Andrée Lévesque, membre du Comité de gestion des risques du CSSSK.

M^{me} Monique Potvin, membre du Comité de vigilance du CSSSK.

M^{me} Marie-Andrée Lévesque, membre du Comité stratégique du CSSSK.

M^{me} Lise Viens, agente de liaison du Comité des usagers du CSSSK et membre du Comité de gestion des risques du CSSSK représente le Comité au Regroupement provincial des Comités des usagers.

COMPOSITION DES COMITÉS DES RÉSIDENTS

CENTRE VILLA MARIA

M ^{me} Aline Chouinard	Présidente	proche aidante
M. Denis Bélanger		proche aidant
M. Conrad Bouchard		proche aidant
M ^{me} Angèle Harton		résidente
M ^{me} Jacqueline Ouellet		résidente

CENTRE D'ANJOU

M. Marc Bourdeau	Président	résident
M ^{me} Thérèse Aubut		population
M ^{me} Berthe Dionne		population
M ^{me} Dorothee Grandmaison		proche aidante
M ^{me} Marie-Andrée Lévesque		proche aidante
M ^{me} Monique Pelletier		proche aidante

CENTRE THÉRÈSE-MARTIN

M ^{me} Berthe Dionne	Présidente	proche aidante
M ^{me} France Gagné		résidente
M ^{me} Lyne Paradis		résidente

Le Comité a été dissout avec la fermeture du Centre Thérèse-Martin à l'automne 2013.

OBJECTIFS 2013-2014

Les objectifs du Comité des usagers du CSSSK et des Comités des résidents des CHSLD sont établis en vertu des fonctions précisées par la Loi soit :

Renseigner les usagers et les résidents sur leurs droits et obligations

- Visiter les ressources intermédiaires avec la commissaire aux plaintes.
- Maintenir à jour l'information sur le site web du Comité des usagers du CSSSK.
- Présence dans le journal du CSSSK.
- Présence dans le journal local Le Placoteux : articles sur le rôle du Comité des usagers du CSSSK et des Comités des résidents des CHSLD et l'information aux usagers sur leurs droits et leurs responsabilités.
- Accueil de nouveaux résidents/pochette d'accueil.
- Rédiger un document énonçant clairement le mandat des Comités des résidents des CHSLD et leurs responsabilités – à être remis aux familles.
- Tenir une assemblée générale au mois de juin 2014.
- Offrir un calendrier pour 2014 aux résidents.
- Développer de nouveaux dépliants pour les Comités des résidents des CHSLD ainsi que des affiches.

Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des résidents

- Offrir des conférences sur différents sujets touchant les usagers et/ou résidents.
- Implication dans divers Comités tels : le conseil d'administration du CSSSK, le Comité de gestion des risques du CSSSK, le Comité de vigilance du CSSSK, le conseil d'administration du Regroupement provincial des Comités des usagers. Implication également dans le Comité des proches aidants Kamouraska.

Défendre les droits et les intérêts collectifs ou individuels des usagers et des résidents

- Faire un suivi sur le dossier des soins palliatifs et le maintien à domicile.
- Accompagner et assister sur demande un usager ou un résident.

Activités de représentation

- Faire un minimum de 8 réunions du Comité des usagers du CSSSK et 4 réunions des Comités des résidents des CHSLD dans l'année.
- Organiser des activités promotionnelles.
- Assister à la formation et participer aux sessions d'information de différents organismes tels : le Conseil de protection des malades, le Regroupement provincial des Comités des usagers le Regroupement des Comités des usagers du Bas-Saint-Laurent et toute autre formation connexe avec le mandat du Comité des usagers du CSSSK et des Comités de résidents des CHSLD.

D'autres activités pourront être organisées à la demande des usagers ou par décision du Comité des usagers du CSSSK au besoin.

RAPPORT D'ACTIVITÉS 2013-2014

Le Comité des usagers du CSSSK a tenu 9 réunions régulières en 2013-2014

Les 8 mai, 12 juin, 24 septembre, 22 octobre, 19 novembre et 10 décembre 2013; les 28 janvier, 18 février et 18 mars 2014.

Le Comité des usagers du CSSSK a tenu 1 réunion extraordinaire en 2013-2014 :

Le 10 juin 2013

Renseigner les usagers et les résidents sur leurs droits et obligations

- Le rapport d'activités 2012-2013 du Comité des usagers du CSSSK a été déposé lors de l'assemblée générale du 10 juin 2013.
- Un nouveau dépliant pour les CHSLD a été conçu et distribué dans les différents centres.
- Une nouvelle affiche pour le Comité des usagers du CSSSK a été conçue et distribuée à l'hôpital, dans les CLSC, les CHSLD et les ressources intermédiaires.
- Une présentation à la population par le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) en collaboration avec le Comité des usagers du CSSSK a eu lieu le 24 avril 2013.
- Deux sessions d'information au Centre d'Anjou et à la Villa Maria ont eu lieu au mois de mai 2013 pendant la Semaine québécoise de la famille.
- Présence au Salon de la sagesse du 6 octobre 2013 à La Pocatière.
- Deux sessions d'information ont été présentées aux familles des résidents/résidentes dans les CHSLD avec la commissaire aux plaintes aux mois de septembre et d'octobre 2013.
- Les visites dans les ressources intermédiaires au mois de décembre 2013 ont permis au Comité des usagers du CSSSK de mieux faire connaître son rôle auprès des administrateurs et des employé(e)s.

Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et des résidents

- Une réunion avec M. Jeannot Michaud, le directeur général, a eu lieu le 12 juin 2013 pour faire le bilan de l'année.
- Le 24 septembre 2013, M. Jeannot Michaud et M^{me} Annie Chamberland, conseillère-cadre à la qualité et au développement, ont rencontré les membres du Comité des usagers du CSSSK pour discuter des sondages de satisfaction sur les soins à domicile.
- Le 22 octobre 2013, M^{me} Colombe Pelletier, coordonnatrice des programmes santé physique et soins infirmiers, a présenté le programme du suivi sur les maladies pulmonaires obstructives chroniques.
- Le 3 décembre 2013, rencontre entre le Comité des usagers du CSSSK, les Comités des résidents du Centre d'Anjou et du Centre Villa Maria et les coordonnateurs des deux centres d'hébergement afin de faire connaissance et discuter des rôles et objectifs des Comités en place.

- M^{mes} Marie-Andrée Lévesque et Lise Viens ont accompagné M^{me} Monika Lapointe, agente de planification de recherche et de programmation, lors des visites dans les ressources intermédiaires pour faire la promotion de la déclaration des incidents/accidents en novembre et décembre 2013

Mieux se renseigner sur l'approche de maintien à domicile et autres programmes

- Le 27 mars 2013, M^{me} Colombe Pelletier, coordonnatrice des programmes santé physique et soins infirmiers, est venue nous faire une présentation sur le programme des soins palliatifs.
- Le 3 novembre 2013, M^{mes} Marie-Hélène Lavoie, Thérèse Aubut et Lise Viens ont assisté à un colloque sur la prévention de la maltraitance envers les aînés

Accompagner et assister les usagers ou les résidents sur demande

Faire du recrutement auprès des familles des résidents et des usagers pour augmenter le nombre de membres dans les différents Comités

- Lors des réunions des différents Comités des résidents des CHSLD, nous avons rappelé aux gens la nécessité d'avoir de la relève.
- Le recrutement de deux nouveaux membres au Comité des résidents du Centre D'Anjou.

Intensifier la promotion des services offerts aux familles dont un des membres a un problème de santé mentale

- Recherche continue pour trouver des moyens d'aider ces familles.

Activités de représentation

- M^{mes} Monique Potvin et Aline Chouinard ont siégé au sein du conseil d'administration du CSSSK.
- M^{me} Lise Viens et Marie-Andrée Lévesque ont siégé au sein du Comité de gestion des risques du CSSSK.
- M^{me} Monique Potvin a siégé au sein du Comité de gestion de vigilance du CSSSK.
- M^{mes} Marie-Andrée Lévesque et Lise Viens ont représenté le Comité des usagers du CSSSK au Congrès du Regroupement provincial des Comités des usagers en octobre 2013.
- À la suite de sa nomination comme représentante du Bas-Saint-Laurent, M^{me} Lise Viens a représenté la région au conseil d'administration du Regroupement provincial des Comités des usagers à trois occasions.
- M^{me} Lise Viens a représenté le Comité des usagers du CSSSK au Comité des proches aidants Kamouraska.
- M^{me} Marie-Andrée Lévesque a représenté le Comité des usagers du CSSSK au Comité stratégique qualité sécurité du CSSSK.

Activités promotionnelles

- Cartes de Pâques et cartes de Noël offertes aux résidents dans les CHSLD.
- Soirée de présentation sur l'accompagnement des gens atteints de la maladie d'Alzheimer avec M^{me} Edith Fournier et M. Michel Carbonneau le 6 novembre en collaboration avec le Comité des proches aidants Kamouraska.
- Achat d'un tableau de communication pour chaque résident des CHSLD, pour l'urgence et trois autres unités à l'hôpital.

Défense des droits et des intérêts collectifs

- Formation d'un nouveau Comité des usagers du CSSSK en septembre.
- L'élection des officiers/officières.
- La signature du serment de confidentialité par les nouveaux membres.

Activités de gestion

- Le Comité des usagers du CSSSK a procédé à la mise à jour et au renouvellement du contrat de travail de son employée madame Lise Viens.
- Le contrat de travail ne correspondant plus aux besoins et aux attentes du Comité, il a été modifié et négocié par la présidente Marie-Andrée Lévesque et la vice-présidente Marie-Josée Landry.
- Le nouveau contrat est entré en vigueur le 1^{er} avril 2014.

RAPPORTS D'ACTIVITÉS 2013-2014

COMITÉS DES RÉSIDENTS

CENTRE VILLA MARIA

Le Comité des résidents a tenu quatre réunions cette année

24 avril 2013

Nous avons à travailler sur le recrutement pour le Comité, mais il ne faut pas oublier que nous sommes des petites localités, les bénévoles le sont très souvent dans tous les comités existants.

28 mai 2013

Nous n'avons pas eu beaucoup de changement depuis le 24 avril 2013 compte tenu des réparations au Centre Villa Maria il a été très difficile de faire des activités.

17 octobre 2013

Pour Noël, les résidents auront chacun dans leur chambre un tableau, qui permettra de mettre des notes soit par le résident, la famille ou les visiteurs. Pour cette année, il n'y aura pas d'enfant pour l'*Halloween*, les enfants iront ailleurs dans une autre résidence, mais Sylvie Lefrançois fera quand même une petite fête.

6 février 2014

Le Comité des résidents a des difficultés en 2014, un membre est décédé, un autre devra subir une opération, c'est une résidente.

Les objectifs pour 2014 et 2015 sera de rebâtir le Comité des résidents, pas chose facile mais nous avons bon espoir que nous y arriverons.

Aline Chouinard
Présidente

CENTRE THÉRÈSE-MARTIN

Avec l'annonce de la fermeture du Centre Thérèse Martin, le Comité des résidents s'est dissout.

Berthe Dionne
Présidente

CENTRE D'ANJOU

Le Comité des résidents a tenu 8 réunions régulières et une réunion conjointe avec le centre Villa-Maria en 2013-2014.

Les 9 avril, 23 mai, 22 juin, 17 septembre, 15 octobre, 26 novembre et 3 décembre 2013 (réunion conjointe); les 11 février et 25 mars 2014.

Les principaux sujets discutés

- Les travaux de rénovation au Centre D'Anjou
- Le ménage des garde-robes des résidents par les familles
- Le ménage dans les chambres
- Un état de la situation au Centre Thérèse-Martin
- La relocalisation de la Montée
- Le bénévolat pour l'entretien paysager
- Le nombre de préposés et d'infirmières-auxiliaires
- Poste d'été pour étudiant TES (sorties des résidents à l'extérieur)
- Horaire de travail et routine quotidienne
- Chaleur excessive dans le centre durant l'été
- Marquise à l'entrée
- Chapelle
- Nouveaux dépliants pour le Comité des résidents
- Tableau de communication pour chaque résident
- Rencontre conjointe avec le Comité des résidents du Centre Villa-Maria
- Décorations de Noël
- Repas et activités de Noël
- Alimentation
- Sondage téléphonique sur la satisfaction de la clientèle
- Nouveaux travaux de rénovation (réaménagement du sous-sol et plancher des corridors)
- Politique sur les animaux de compagnie
- Fête de Pâques
- Fête du CSSSK pour les bénévoles

Marc Bourdeau
Président

**OBJECTIFS DU COMITÉ DES USAGERS DU CSSSK ET
DES COMITÉS DES RÉSIDENTS DES CENTRES D'HÉBERGEMENT
2014-2015**

Les objectifs du Comité des usagers du CSSSK et des Comités des résidents des CHSLD sont établis en vertu des fonctions précisées par la Loi soit :

Renseigner les usagers et les résidents sur leurs droits et obligations

- Prévoir des activités d'information à l'intention des usagers et diffuser de l'information sur les droits et obligations des usagers.
- Rédiger de la documentation énonçant clairement les mandats et les responsabilités du Comité des usagers du CSSSK et des Comités des résidents des CHSLD – à être remis aux familles quelques semaines après l'arrivée d'un nouveau résident.
- Visiter les ressources intermédiaires afin d'informer les gens sur le rôle et les mandats du Comité des usagers du CSSSK.
- Informer les nouveaux membres du Comité des usagers du CSSSK et des Comités des résidents des CHSLD sur leurs rôles et responsabilités en leur fournissant de la documentation.
- Maintenir à jour l'information sur le site web du Comité des usagers du CSSSK.
- Fournir une présence une fois par mois dans une installation du CSSSK.
- Présence dans le journal du CSSSK.
- Offrir des conférences sur différents sujets touchant les usagers et/ou résidents.
- Tenir un kiosque lors du Salon de la sagesse et lors de différents colloques touchant les aînés et les usagers en général.
- Afin de mieux informer la population, participer à des formations et à des sessions d'information de différents organismes tels : le Conseil de protection des malades, le Regroupement provincial des Comités des usagers, le Regroupement des Comités des usagers du Bas-Saint-Laurent et toute autre formation connexe avec le mandat du Comité des usagers du CSSSK et des Comités de résidents des CHSLD.
- Tenir une assemblée générale annuelle au mois de juin 2015.

Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des résidents

- Assurer le bon fonctionnement de chacun des Comités des résidents des CHSLD et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.
- S'impliquer dans divers comités tels : le conseil d'administration du CSSSK, le Comité de gestion des risques du CSSSK, le Comité de vigilance du CSSSK, le conseil d'administration du Regroupement provincial des Comités des usagers et le Comité des proches aidants Kamouraska.

Évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services

- Participer à l'élaboration de différents sondages sur la satisfaction.
- Recevoir et analyser les résultats.

- Assurer un suivi.

Défendre les droits et les intérêts collectifs ou individuels des usagers et des résidents

- Faire un suivi sur le dossier des soins palliatifs et sur le maintien à domicile.
- Accompagner et assister sur demande un usager ou un résident.

Assurer une représentation auprès de diverses instances et de la population

- Tenir un minimum de 8 réunions du Comité des usagers du CSSSK et 4 réunions des Comités des résidents des CHSLD dans l'année.
- Rencontre entre le Comité des usagers du CSSSK, les Comités des résidents du Centre d'Anjou et du Centre Villa Maria et les coordonnateurs des deux centres d'hébergement afin de discuter des rôles et objectifs des Comités en place.
- Assister à des rencontres et colloques pertinents aux rôle et responsabilités du Comité des usagers du CSSSK.
- Faire des représentations lors de la Semaine des usagers et lors de la Semaine québécoise de la famille.

D'autres activités pourront être organisées à la demande des usagers ou par décision du Comité des usagers du CSSSK au besoin.

RAPPORT FINANCIER 2013-2014

Revenus

Subvention pour l'année 2013-2014	18 779 \$	
Excédent de l'année 2012-2013	<u>9 356 \$</u>	
Budget pour l'année 2013-2014		28 135 \$

Dépenses

Adhésion au RPCU	450 \$	
Frais de déplacement	2 821 \$	
Impression et papeterie	5 264 \$	
Publicité	609 \$	
Honoraires	8 152 \$	
Frais d'inscriptions congrès Regroupement provincial des Comités des usagers RPCU	729 \$	
Divers (objets promotionnels, tableaux)	6 401 \$	
Site Web (domaine)	400 \$	
Frais postaux	<u>28 \$</u>	
Total des dépenses pour l'année 2013-2014		20 116 \$
Excédant de l'année 2013-2014		<u>8 020 \$</u>

PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES 2014-2015

Revenus

Subvention pour l'année 2014-2015	18 779 \$	
Excédent de l'année 2013-2014	8 020 \$	
Budget pour l'année 2014-2015		26 799 \$

Dépenses

Frais d'adhésion RPCU	450 \$	
Dépenses diverses	2 500 \$	
Frais de déplacements/réunions	2 000 \$	
Honoraires	9 500 \$	
Site Web	400 \$	
Publicité	1 500 \$	
Activités de représentation	600 \$	
Regroupement régional et congrès du RPCU	4 500 \$	
Dépenses pour l'année 2014-2015	21 450 \$	
Excédant de l'année 2013-2014	5 349 \$	
Budget pour l'année 2014-2015		26 799 \$

7.7 RAPPORT ANNUEL DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Introduction

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre de santé et services sociaux de Kamouraska, en vertu de l'article 214, 11^e alinéa, de la Loi sur les services de santé et des services sociaux, est heureux de vous présenter le rapport annuel pour l'année 2013-2014.

Ce rapport se veut un résumé des activités du comité d'examen des titres et du comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Vous retrouverez également l'énoncé des objectifs déposés en début d'année financière et les résultats obtenus. En dernier lieu, les objectifs de l'année à venir y sont inscrits.

Obligations légales

Au cours de la dernière année, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a rempli ses obligations à travers les activités de ses différents comités et des rencontres de l'ensemble des membres.

Activités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

C.M.D.P. élargi

Au cours de l'année, le C.M.D.P. élargi, qui regroupe l'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens, s'est réuni à trois (3) reprises.

Lors de ces réunions, les chefs de département et responsables de services ont soumis aux membres des rapports trimestriels les informant des activités, des problématiques et des questionnements reliés à leur secteur respectif.

Comité d'examen des titres

Le comité d'examen des titres a siégé à neuf (9) reprises au cours de la dernière année.

Il a accepté les demandes de nomination de sept (7) nouveaux médecins :

- Dr Yves Tourville, chirurgien, membre associé
- Dre Léa Goulet McCarthy, médecin de famille, membre actif
- Dr Renaud Asselin, médecin de famille, membre actif
- Dr Ghania Khefif, anesthésiste, membre associé
- Dr Géraldine Ong, interniste, membre associé
- Dr Dominique Marineau-Beaulieu, interniste, membre associé
- Dr Stanley Vollant, chirurgien, membre associé

Un seul (1) médecin a quitté la région au cours de l'année : Dre Milie-Ève Larose

Encore cette année, la pénurie de pharmaciens a retenu l'attention, cette situation a engendré des coûts importants afin d'assurer un service minimum.

Comité exécutif

Le comité exécutif chapeaute tous les comités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Au cours de la dernière année, le comité exécutif s'est réuni à neuf (9) reprises. Il a pris connaissance de différents dossiers, analysé les problèmes et proposé des actions à chaque fois qu'il était indiqué de le faire.

En 2013, l'arrivée d'une deuxième interniste dans notre établissement a amené le comité de revoir l'organigramme du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

En effet, nous avons procédé à la création du département de médecine spécialisée, qui regroupe les services de médecine interne, de dermatologie, de pédiatrie, de pneumologie, de cardiologie, de microbiologie, d'hématologie et de biochimie médicale.

Le comité exécutif a également mis à jour les règlements de régie interne du CMDP ainsi que ceux du département de médecine générale.

En plus de ses obligations légales, le comité exécutif s'est préoccupé de plusieurs dossiers qui ont un impact sur la qualité de l'acte médical.

En autres :

- Les projets LEAN chapeautés par Mme Gabrielle Ste-Marie
- Le suivi dans le retard des rapports de pathologie
- Le processus concernant le bilan comparatif des médicaments
- Le projet d'entente de poste RFI en anesthésie avec le CSSS de Rivière-du-Loup
- L'adoption de plusieurs ordonnances, protocoles, politiques et procédures en provenance des différents secteurs de l'organisation.

Suivi des objectifs annuels 2013-2014

1. Contribuer à l'amélioration de la chirurgie d'un jour pour augmenter le nombre de chirurgies électives.

Les changements apportés à la structure administrative du département de la chirurgie d'un jour contribuent certainement à l'atteinte de cet objectif.

Nous constatons que les différentes solutions proposées par l'équipe de la chirurgie d'un jour étaient de mise, ainsi l'admission des usagers directement à l'unité de jour et bientôt l'ajout d'une agente administrative dans ce secteur permettra un meilleur fonctionnement.

2. Consolider l'équipe de pharmaciens

Cette année, le CMDP a suivi de près et a participé aux différentes stratégies de l'organisation pour trouver un candidat afin de consolider l'équipe de pharmaciens.

Malheureusement, les candidats sollicités, entres autres, lors de la journée carrière n'ont pas choisi notre milieu. Nous sommes toujours dans la poursuite de cet objectif.

3. Standardiser la prise en charge du délirium chez les patients hospitalisés, dans le cadre du programme d'approche adaptée aux personnes âgées.

En cours d'année, nous avons été à même de constater que la « standardisation » n'était peut-être pas le bon terme à utiliser pour l'atteinte de cet objectif.

Ainsi nous avons mandaté le comité de l'acte médical, plus précisément la Dre Catherine Gagnon pour travailler sur ce concept. Dre Gagnon fera une présentation aux médecins de l'organisation, en juin, sur le sujet.

4. Participer activement au processus d'Agrément.

La collaboration du personnel médical dans plusieurs secteurs visés par les recommandations d'Agrément s'est faite tout au long de l'année.

Le processus se poursuivra jusqu'à leur visite à l'automne 2014.

5. Mettre à jour les procédures en traumatologie.


Au cours de l'année, les membres du comité de traumatologie ont procédé à la révision de toutes les procédures et en ont fait le dépôt auprès de l'INESS.

6. Faire une étude prospective sur le suivi des infections urinaires chez les patients hospitalisés.

Différents facteurs au cours de l'année n'ont pas permis au comité responsable de suivre 100 % des patients. Les données recueillies seront pour la période de janvier à mars 2014.

Objectifs 2014-2015

- Supporter les recommandations et travailler à l'instauration du programme de l'approche adaptée aux personnes âgées
- Travailler à l'amélioration de la couverture des services médicaux dans le territoire plus à l'Est du territoire du CSSS de Kamouraska
- Participer à l'obtention de l'Agrément sans condition
- Maintenir l'excellence du service de radiologie en prévision de la retraite annoncée de notre seul radiologiste
- Offrir une formation en échographie d'urgence aux médecins pratiquant au service d'urgence


Christian Roux, M.D.
Président du CMDP

7.8 RAPPORT ANNUEL DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Mot de la présidente

Les membres du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII) sont heureux de vous présenter le rapport annuel 2013-2014. Tout au long de l'année, nous avons tenté de réaliser notre mandat premier, soit celui d'apprécier de façon générale la qualité des soins infirmiers posés dans l'établissement et de formuler des recommandations auprès de la direction générale et du conseil d'administration.

Le présent rapport vous résume l'ensemble des activités réalisées par le CII pour l'année 2013-2014.

Du 5 juin 2013 au 14 mai 2014, l'exécutif était composé de 8 personnes, dont 6 membres élus. Il s'agit de :

Madame Liliane Dubé, Hôpital, présidente
Madame Doris Brassard, Hôpital, vice-présidente
Madame Geneviève Rossignol, Hôpital
Madame Josée Amesse, CLSC
Madame Francine Dubé, CHSLD
Madame Christiane Duval, CLSC

et deux membres d'office dont :

Madame Brigitte Legault, directrice de programmes et des soins infirmiers
Monsieur Jeannot Michaud, directeur général
Monsieur Daniel Petit, directeur général intérimaire (décembre 2013)

Le mandat des membres élus est de deux ans et la rotation se fait à raison de trois membres annuellement.

ACTIVITÉS

- *RENCONTRES DU COMITÉ EXÉCUTIF DU CII : SEPT RENCONTRES DU COMITÉ EXÉCUTIF DU CII ONT EU LIEU INCLUANT L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE.*
- *PUBLICATION DE 2 CAPSULES INFO CII DANS LE JOURNAL INTERNE.*
- *Afin de soutenir le nouvel exécutif du CIIA, toutes les rencontres du CECII et du CECIIA ont été tenues conjointement.*

MANDAT

Le mandat du CII, via le CECII, est de formuler des recommandations au conseil d'administration sur les domaines qui touchent directement la pratique des soins infirmiers :

- l'appréciation générale de la qualité des actes infirmiers posés dans nos centres;
- les règles de soins infirmiers applicables aux infirmières et aux infirmières auxiliaires;
- la distribution appropriée des soins dispensés par les infirmières.

Le CECII formule également des avis au directeur général sur :

- l'organisation scientifique et technique des centres;
- l'évaluation et le maintien de la compétence des infirmières.

Le CECII peut également être sollicité pour formuler des avis ou des recommandations sur tout autre dossier confié par le directeur général et par le conseil d'administration.

C'est donc avec ces objectifs en tête que le CECII a orienté ses discussions au cours de la présente année.

PLAN D'ACTION 2013-2014 — BILAN

Mandat 1 — Apprécier de manière générale la qualité des actes infirmiers posés dans le CSSS de Kamouraska.

Objectif 1 — Évaluer la pratique de l'infirmière auxiliaire en obstétrique

Considérant le contexte actuel de réorganisation (Kaizen) ainsi que la formation nécessaire qui devra être donnée aux infirmières auxiliaires, le CECII a décidé de réviser cet objectif en le remplaçant par le libellé suivant :

Objectif — Prendre position sur les conditions d'intégration des infirmières auxiliaires en obstétrique (novices versus expertes).

Interventions :

- définir les rôles de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire en obstétrique;
- rédiger une prise de position sur la pratique de l'infirmière auxiliaire en obstétrique.

De plus, deux recommandations ont été acheminées à la direction générale :

- Gestion des INR pour la clientèle non hospitalisée;
- Transferts inter hospitaliers d'urgence.

Mandat III — Faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés dans le centre

13 avis favorables ont été produits :

- Politique sur l'hygiène des mains;

- Politique sur la thrombose veineuse
- Règle de soins sur les activités d'exception confiées aux non professionnels
- 8 procédures
- 3 ordonnances collectives :
 - Prophylaxie thrombose veineuse profonde;
 - Culture de lésions buccales en soins palliatifs;
 - Initier un prélèvement d'urine pour analyse et culture.

Mandat IV — Donner son avis sur l'organisation scientifique et technique du centre

Un avis a été produit sur le projet de la maison des naissances au KRTB

À la demande du directeur général intérimaire, cet objectif a été ajouté pour l'année 2014-2015.

Objectif – Participer à la planification stratégique du CSSS de Kamouraska.

Intervention :

- faire les recommandations appropriées au conseil d'administration.

Mandat V — Évaluation et maintien de la compétence des infirmières et infirmiers

Objectif 1 — Faire la révision du rapport de la visite d'inspection professionnelle

Sélectionner deux (2) situations cliniques à améliorer :

- usager à risque de plaies de pression;
- usager présentant une plaie de pression.

Objectif 2 — Procéder à un exercice collectif d'auto-évaluation des compétences.

Objectif révisé pour « Procéder à un exercice collectif portant sur l'intégration de 6 activités réservées parmi les 18 de la loi 90.

AUTRES ACTIVITÉS 2013-2014

Voici les divers dossiers traités et suivis pendant nos rencontres :

- Suivi du projet Kaizen à l'unité multiclientèle;
- Cadre de référence en soins infirmiers (document de la Table régionale des DSI);
- Consultation sur :
 - Plan d'organisation du CSSS de Kamouraska;
 - Dossier santé Québec (DSQ);
 - Notes d'évolution en soins infirmiers – formulaire à cocher à l'unité multiclientèle;
 - Rehaussement des compétences infirmières
 - Le CECII a formulé, à la direction générale ou aux directions concernées, des recommandations portant sur ces documents :
- Participation au colloque régional des CII-CIIR à Mont-Joli (2 membres);
- Participation au congrès de l'OIIQ à Montréal (2 membres);
- Participation au forum de discussion de l'Association des CII du Québec;
- Participation à la commission infirmière régionale (CIR)
- Préparation de l'assemblée générale annuelle.

OBJECTIFS 2013-2015

- Promouvoir le CECII auprès de nos membres;
- Soutenir le développement et le maintien des compétences des infirmières du CSSS de Kamouraska;
- Contribuer à l'intégration de Loi 90 chez les infirmières;
- S'informer des suivis dans le cadre de la gestion des risques (déclaration incident/accident).

Plusieurs défis attendent le CII pour les prochaines années. Il sera important de bien établir nos priorités afin d'encourager les infirmières et infirmiers à exercer pleinement leurs rôles et responsabilités professionnelles.

En terminant, nous tenons à remercier la direction générale et la direction des soins infirmiers pour leur support et encouragement.



Liliane Dubé

Présidente du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers du CSSS de Kamouraska

7.9 RAPPORT ANNUEL DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Au 31 mars 2014, le conseil multidisciplinaire du CSSS de Kamouraska comptait 133 membres actifs. On y retrouvait 22 titres d'emploi distincts. Le comité exécutif était formé de sept représentants du personnel technicien et professionnel soit :

Madame Lise Verreault, présidente, secteur psychosocial

Madame Kathy Jolicoeur, vice-présidente, secteur de la thérapie occupationnelle

Madame Lucie Bélanger, secrétaire, secteur de la réadaptation

Madame Nancy Chénard, secteur des techniques médicales

Madame Cindy Bossé, secteur de la nutrition

Madame Nadia Dolbec, secteur communautaire

Monsieur Yves Hébert, secteur non réparti

ainsi que des directeurs généraux, monsieur Jeannot Michaud (du 1^{er} avril au 6 décembre 2013) et monsieur Daniel Petit (9 décembre 2013 au 31 mars 2014) et du directeur des services à la clientèle et de la qualité, monsieur Frédéric Gagnon.

Tous les secteurs étaient représentés cette année.

Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le conseil multidisciplinaire est responsable envers le conseil d'administration :

Article #227

1. de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres dans tout centre exploité par l'établissement;
2. de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par les membres, eu égard aux conditions locales d'exercices requises pour assurer des services de qualité dans tout centre exploité par l'établissement;
3. d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Le conseil multidisciplinaire doit faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent.

Article #228

Conformément aux règlements de l'établissement, le conseil multidisciplinaire est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers le directeur général de donner son avis sur les questions suivantes :

1. l'organisation scientifique et technique du centre;
2. les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres;
3. toute autre question que le directeur général porte à son attention.

Article #229

Le conseil multidisciplinaire peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration.

Article #230

Les responsabilités du conseil multidisciplinaire sont exercées par un comité exécutif formé d'au moins trois personnes titulaires de titres d'emploi différents et, le cas échéant, membres d'ordres professionnels différents, élues par et parmi les membres du conseil, du directeur général et de la personne qu'il désigne à cette fin.

Au cours de son mandat 2013-2014, l'exécutif du conseil multidisciplinaire, élu le 12 juin 2013, s'est réuni à 6 reprises pour des réunions régulières et à une reprise pour un comité de travail portant sur le plan de réorganisation. Madame Verreault, présidente, siège sur le comité stratégique qualité-sécurité et a assisté à 6 rencontres. Elle représente aussi le secteur psychosocial sur la Commission multidisciplinaire régionale et a participé à 3 réunions à l'Agence de la santé et des services sociaux et à 2 conférences téléphoniques. Elle a aussi participé à une conférence téléphonique des présidents et présidentes des conseils multidisciplinaires du Bas-Saint-Laurent. Madame Bélanger a assisté à deux rencontres du comité PDRH. Madame Louise East a participé à 3 rencontres du comité de gestion des risques. Elle termine d'ailleurs son mandat de 3 ans.

Lors de ces rencontres, l'exécutif a :

- Suivi le projet d'adaptation de l'offre de services aux personnes en perte d'autonomie;
- Suivi le projet d'organisation des services en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (Modèle émergent);
- Discuté du projet d'assurance autonomie en lien avec la qualité et la sécurité des services à la clientèle et la privatisation des services et vérifié la position de l'ACMQ en lien avec ce projet (en attente d'une réponse);
- Déposé son programme de comité de pairs au conseil d'administration pour adoption;
- Pris connaissance de l'algorithme du cheminement d'une personne atteinte de MPOC dans le CSSSK;
- Évalué et poursuivi le concours reconnaissance auprès de ses membres dans les catégories innovation, contribution à la qualité des services et engagement, implication et rayonnement.
- Assuré un suivi à la lettre des intervenants en physiothérapie du CSSSK concernant les sommes accordées pour la formation continue et le per diem reçu pour les stagiaires;
- Assuré le suivi des recommandations faites par l'équipe de maladies chroniques concernant le déménagement au CLSC de St-Pascal;
- Fait part de ses commentaires sur le Dossier Santé Québec;
- Assuré le suivi de la problématique vécue par l'ergothérapeute du CH en lien avec la confidentialité de ses interventions dans les locaux de la réadaptation au CH;
- Exprimé son inquiétude concernant l'accessibilité des usagers de l'est du territoire au Centre de jour de St-Pascal;
- Envoyé une lettre au comité de direction concernant les avis donnés par le CM;
- Reçu une demande de formation de comité de pairs;
- Suivi le processus d'agrément;
- Assuré le suivi concernant des problèmes de climatisation dans les locaux de réadaptation et d'odeurs dans les locaux des nutritionnistes au 1^{er} étage du CH et dans les locaux du CLSC de La Pocatière;
- Demandé de l'information sur le service de dentisterie du CSSSK;
- Répondu au CSSS de Sept-Îles concernant une demande d'information sur le concours reconnaissance;

- Envoyé un message de solidarité aux membres du conseil multidisciplinaire du CSSS du Granit suite à la tragédie de Lac-Mégantic;
- Fait un appel aux membres concernant le sondage sur le GDC et le DCN par courriel.

De plus, au cours de ce mandat, l'exécutif a préparé un avis pour un projet de politique, quatre avis pour des projets de procédures, un avis sur le projet de plan d'organisation des services, un avis sur le règlement portant sur l'organisation du service de soins spirituels, un avis sur le protocole d'entente entre le CSSSK et les autorités religieuses concernant le service de soins spirituels.

La prochaine assemblée générale se tiendra le 5 juin 2014 et trois postes de l'exécutif seront en élection: secteur de la réadaptation, secteur des techniques médicales et secteur de la nutrition.

Les perspectives de travail pour l'année 2014-2015 proposées aux membres sont:

PERSPECTIVES	ÉCHÉANCIER
Suivre le projet d'adaptation de l'offre de services aux personnes en perte d'autonomie (SAD, hébergement en CHSLD, en RI et au privé, hébergement temporaire, SERG, centre de jour, centre de jour spécialisé, UTRF).	En continu
Inviter la chargée de projet, madame Paule Langlois, pour une présentation à l'exécutif du projet SERG.	Novembre 2014
Participer à la planification stratégique 2015-2020	En continu
Participer au processus d'agrément 2014	Octobre 2014
Prendre connaissance de l'entente de gestion 2014-2015.	Septembre 2014
Collaborer avec les ressources humaines à l'élaboration d'une activité de reconnaissance pour l'ensemble du personnel de l'établissement.	Mars 2015
Participer au comité de gestion des risques (mandat de 3 ans)	En continu
Suivre l'évolution du DCN et du DSQ	En continu
Prendre connaissance de l'évaluation du modèle émergent en DI-TED et émettre des recommandations si nécessaire.	En continu
Suivre l'évolution du dossier du programme des maladies chroniques.	En continu
S'assurer de maintenir la qualité et l'accessibilité de nos services dans les processus d'optimisation et faire les recommandations nécessaires.	En continu
Vérifier la faisabilité d'occuper un espace sur le site WEB du CSSSK ou d'avoir un lien intranet afin de faciliter la communication entre l'exécutif et ses membres.	Mars 2015
Être à l'écoute et soutenir nos membres dans les besoins exprimés à l'intérieur de l'exercice de leur fonction cela tant dans la distribution que l'organisation de leur service.	En continu
Collaborer avec la CMUR à la recherche et la diffusion de bases de données des bonnes pratiques aux professionnels multidisciplinaires	Mai 2015
Demander que soit évaluée l'organisation des trajectoires de demandes de service à l'accueil clinique, demander à recevoir le rapport d'évaluation et faire les recommandations nécessaires.	En continu

Poursuivre les discussions avec l'administration concernant la reconnaissance du travail des professionnels pour la supervision de stagiaires.	Mai 2015
Obtenir le plan d'implantation du programme de soins palliatifs et suivre l'avancement de sa mise en place.	En continu



Lise Verreault, travailleuse sociale
Présidente du conseil multidisciplinaire

Déposé au conseil d'administration le 12 juin 2014
Adopté en assemblée générale le 5 juin 2014

7.10 RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Mandat

Le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions d'élaborer :

- a) D'élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- b) D'élaborer un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (chapitre M-30) applicable aux membres du conseil d'administration. Ce code doit, entre autres, prévoir les normes suivantes :
 - i. Traiter des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
 - ii. Traiter de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
 - iii. Prescrire la déclaration obligatoire des intérêts;
 - iv. Traiter de leurs devoirs et obligations même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
 - v. Prévoir des mécanismes d'application dont la désignation des personnes responsables de l'application du code et la possibilité de sanctions.
- c) D'élaborer des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration avec le souci d'identifier les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques;
- d) D'élaborer des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
- e) D'élaborer un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
- f) D'évaluer le fonctionnement du conseil d'administration selon les critères élaborés par le Comité et approuvés par le conseil d'administration;
- g) D'assumer toute autre fonction confiée par le conseil d'administration.

* Réf. : *Loi : art. 181.0.3.*

Composition

Pour l'année 2013-2014, le comité était composé des personnes suivantes :

- M^{me} Diane Bissonnette, présidente
- M^{me} Marie-Catherine Jeffrey
- M. Paul Crête
- M. Jean Desjardins
- M. Jeannot Michaud, secrétaire (avril 2013 à décembre 2013)
- M. Daniel Petit, secrétaire (décembre 2013 à avril 2014)

Réunions

Le Comité tient des réunions ordinaires aussi souvent que nécessaire, à la demande du président. Il doit cependant se réunir au moins quatre (4) fois par année.

Au cours de l'année 2013-2014, les membres se sont réunis six (6) fois afin de :

- Adapter le questionnaire d'évaluation des rencontres et le questionnaire d'auto-évaluation du conseil d'administration;
- Élaborer en collaboration avec l'équipe de direction un tableau de bord répondant mieux aux attentes des membres du conseil d'administration;
- Faire le suivi recommandé par Agrément Canada en matière de gouvernance;

- Assurer la formation des membres du conseil d'administration selon les sujets retenus et pertinents à leurs responsabilités (formation « Pour une gouvernance créatrice de valeurs » reçue le 19 février 2014);
- Appliquer le plan d'action 2013-2014 du comité de gouvernance et d'éthique;
- Revoir et recommander le plan d'organisation;
- Définir le rôle du comité de gouvernance et d'éthique au regard de la rédaction, de l'approbation, de la mise en place et de la révision des règlements et politiques du conseil d'administration;
- Étudier et recommander au conseil d'administration pour adoption le règlement portant sur les formalités concernant toute demande ou projet soumis à la direction générale, au conseil d'administration, au ministre ou à l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent;
- Étudier et recommander au conseil d'administration pour adoption le règlement portant sur la conclusion de contrats de services professionnels au sens de l'article 124 de la Loi (Code criminel) et de l'article 108 de la Loi (L.R.Q., C. S-4.2);
- Réviser les règlements du conseil d'administration, le règlement portant sur l'organisation du service de soins spirituels et le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska;
- Définir les politiques qui doivent être adoptées par le conseil d'administration;
- Rédiger le rapport annuel 2013-2014 et le plan d'action 2014-2015;
- Prendre connaissance du plan de rédaction des règlements du conseil d'administration;
- Convenir de la démarche à suivre en lien avec la présence des présidents des différents conseils ou comités pour la présentation de leur rapport annuel au conseil d'administration.

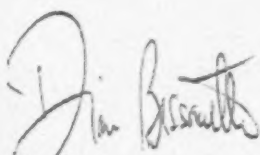
PLAN D'ACTION 2014-2015
COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Objectifs	Moyens	Responsable	Porteur du dossier	Résultats obtenus	Échéancier
Assurer une culture de saine gouvernance	Application du plan d'action	Comité de gouvernance et d'éthique		Évaluer le degré d'atteinte des objectifs	En continu
Assurer la formation aux membres du conseil d'administration selon les sujets retenus et pertinents à leurs responsabilités	Adopter le questionnaire d'auto-évaluation du fonctionnement du conseil d'administration par le conseil d'administration Faire remplir le questionnaire d'auto-évaluation du fonctionnement du conseil d'administration Analyser les résultats et convenir des besoins de formation Tenir une session de formation sur la priorité première qui aura été identifiée et établir un plan triennal	Comité de gouvernance et d'éthique	Direction générale	Formation réalisée	En continu

Objectifs	Moyens	Responsable	Porteur du dossier	Résultats obtenus	Échéancier
Finaliser la préparation pour la visite d'Agrément Canada (volet gouvernance)	S'assurer de l'avancement du plan d'action Tenir une rencontre préparatoire avec tous les membres du conseil d'administration Discuter au comité de gouvernance et d'éthique de l'état d'avancement	Comité de gouvernance et d'éthique	Direction générale	Plan d'action révisé	Septembre 2014
Poursuivre l'amélioration du tableau de bord visant à évaluer le rendement du CSSSK sur les cibles prioritaires	Suivi régulier du tableau de bord présenté au conseil d'administration	Comité de gouvernance et d'éthique	Direction générale	Tableau de bord discuté aux deux séances	En continu
Assurer la rédaction ou la révision des règlements du conseil d'administration	Nomination d'un porteur du dossier Plan de rédaction avec échéancier Suivi au comité de gouvernance et d'éthique Dépôt des règlements	Comité de gouvernance et d'éthique	Direction générale	En cours	Mai 2015
Réviser les documents remis aux administrateurs et les relier dans un cahier de l'administrateur	Nomination d'un porteur du dossier Plan de travail avec échéancier Suivi au comité de gouvernance et d'éthique Dépôt du cahier	Comité de gouvernance et d'éthique	Lucie Bérubé	Une version préliminaire est remise aux nouveaux membres. Les travaux sont en cours.	Mars 2015
Réviser le plan d'accueil des nouveaux membres	Porteur de dossier nommé Plan de révision et échéancier Suivi au comité de gouvernance et d'éthique Dépôt du programme d'accueil				

Objectifs	Moyens	Responsable	Porteur du dossier	Résultats obtenus	Échéancier
Développer des outils pour faciliter le travail du conseil d'administration tel qu'un « conseil d'administration sans papier »	Démonstration de solution par une firme Recherche une solution à l'interne	Comité de gouvernance et d'éthique	Direction générale	La solution de la firme est trop coûteuse. Analyse d'une solution possible à l'interne.	Mai 2015
Révision du code d'éthique et mise en place du mécanisme pour traiter la possibilité de sanction disciplinaire	Porteur de dossier nommé Plan de révision et échéancier Suivi au comité de gouvernance et d'éthique Dépôt du code d'éthique révisé	Comité de gouvernance et d'éthique	Direction générale	Code d'éthique révisé et adopté au conseil d'administration	Septembre 2015

La présidente,



Diane Bissonnette

Raison d'être du comité de sécurité des actifs informationnels (CSAI)

En vertu de l'article 2.3 b de la section II du cadre global de gestion des actifs informationnels appartenant aux organismes du Réseau de la santé et des services sociaux – Volet sur la sécurité, le responsable de la sécurité des actifs informationnels doit mettre en place et présider un comité sur la sécurité des actifs informationnels. Le CSAI s'assure de la révision de la politique sur la sécurité des actifs informationnels, valide les mesures de sécurité des actifs informationnels, analyse les incidents de sécurité à l'échelle locale et procède à des recommandations, s'assure de la mise en place de toutes recommandations découlant d'une vérification ou d'un audit et finalement sensibilise et fait la promotion de la sécurité des actifs informationnels à l'intérieur de l'établissement, adopte le rapport annuel en matière de sécurité des actifs informationnels ainsi qu'un plan d'action annuel.

Membres du CSAI

Les membres du CSAI sont nommés par le comité de direction et le CSAI doit être formé minimalement par le responsable de sécurité des actifs informationnels (RSAI), de gestionnaires, de détenteurs, de représentants des ressources humaines, financières et matérielles. Pour l'année 2013-2014, les membres qui en font partie sont :

Madame Annie Chamberland, conseillère cadre à la qualité et au développement

Madame Chantal Garneau, adjointe à la direction des ressources financières, techniques et informationnelles

Madame Isabelle Lafrenière, spécialiste activités cliniques

Madame Juley Letarte, chef de programmes Enfance-Jeunesse-Famille et santé publique

Madame Karine Pelletier, chef des services santé physique (jusqu'en novembre 2013)

Monsieur Luc Adam, CPA, CA, responsable de la sécurité des actifs informationnels

Monsieur Normand Hubert, analyste informatique

Monsieur Simon Côté, chef des services diagnostiques et Accueil-Réception-Admission

Monsieur Stéphane Gamache, technicien spécialisé en informatique

Madame Suzanne Fortin, chef des services d'hébergement institutionnel

Madame Sylvie Pelletier, agente de la gestion du personnel (à partir de novembre 2013)

Madame Virginie Arsenault-Jacques, technicienne spécialisée en informatique (à partir de novembre 2013)

Réalisation en cours d'année

Le CSAI a tenu six rencontres au cours de l'année 2013-2014; soit les 22 avril 2013, 22 mai 2013, 26 juin 2013, 4 octobre 2013, 14 novembre 2013 et le 19 décembre 2013. Donc, nous constatons que le CSAI a intensifié la fréquence de ses rencontres et a proposé l'approbation de six (6) mesures de sécurité sur les quinze (15) mesures obligatoires au comité de direction. Voici le sommaire des principales activités faites par le CSAI :

Approbation des mesures de sécurité suivantes :

- Gestion de la sécurité – Classification des actifs informationnels (mesure 1.2 du cadre global de la gestion des actifs informationnels – Volet sécurité);
- Sécurité logique, gestion des accès et utilisation – Profils et codes d'accès (mesure 2.1 du cadre global de la gestion des actifs informationnels – Volet sécurité);
- Sécurité logique, gestion des accès et utilisation – Gestion des mots de passe (mesure 2.2 du cadre global de la gestion des actifs informationnels – Volet sécurité);

	Politique de sécurité (réviser aux 5 ans) Présenter chacune des mesures au comité de direction pour approbation.			
Promouvoir la sécurité des actifs informationnels	Actions concrètes lors de la semaine sur la sécurité des AI; Informar les utilisateurs des mesures de sécurité; Informar les utilisateurs de la politique de sécurité; Assurer le lien avec le service de dotation afin d'informer tous les nouveaux employés de la sécurité des actifs informationnels.	Normand Hubert et agente des communications	Premier point : Novembre 2013 Mars 2014	Fait à l'intérieur du journal interne en novembre 2013
Actualiser les recommandations de l'audit sur la sécurité faite par l'Agence	Analyser les impacts sur notre fonctionnement des recommandations de l'audit en ressources humaines et financières; Établir un plan d'action de la mise en place des recommandations de l'audit ; Mise en place des recommandations de l'audit; Faire un compte rendu de l'actualisation des recommandations de l'audit.	Normand Hubert et équipe informatique	À déterminer suite au dépôt de l'audit	En attente du dépôt de l'audit de l'Agence
Révision de la politique de sécurité des actifs informationnels	Faire la mise à jour de la politique; Présentation de la politique à toutes les instances concernées; Approbation finale par le conseil d'administration.	Luc Adam	Décembre 2013	Non fait et reporté en 2014-2015
Faire l'analyse des recommandations suite à des incidents de sécurité sur les actifs informationnels	Pour chacun des incidents de sécurité, en faire l'analyse au comité et faire des recommandations; Faire un rapport annuel des incidents et les inclure dans le bilan annuel du comité sur la sécurité des actifs informationnels.	Luc Adam	En continu	Fait en continu

Plan d'action du CSAI pour l'année 2014-2015

Objectif	Actions	Responsable	Échéancier
Révision des mesures de sécurité obligatoires	Poursuivre la mise à jour des mesures de sécurité obligatoires en vertu du cadre global de la sécurité des actifs informationnels; Présenter chacune des mesures au comité de direction pour approbation.	Normand Hubert et CSAI Luc Adam	Mars 2015 Au fur et à mesure
Promouvoir la sécurité des actifs	Promouvoir à l'intérieur du journal interne la sécurité des actifs informationnels;	Luc Adam, DRHDO et commissaire aux	En continu

informationnels	<p>Informer les utilisateurs des mesures de sécurité;</p> <p>Informer les utilisateurs de la politique de sécurité;</p> <p>Assurer le lien avec le service de dotation afin d'informer tous les nouveaux employés de la sécurité des actifs informationnels.</p>	plaintes	
Actualiser les recommandations de l'audit sur la sécurité faite par l'Agence	<p>Analyser les impacts sur notre fonctionnement des recommandations de l'audit en ressources humaines et financières;</p> <p>Établir un plan d'action de la mise en place des recommandations de l'audit;</p> <p>Mise en place des recommandations de l'audit;</p> <p>Faire un compte rendu de l'actualisation des recommandations de l'audit.</p>	Normand Hubert et CSAI	À déterminer suite au dépôt de l'audit
Révision de la politique de sécurité des actifs informationnels	<p>Faire la mise à jour de la politique à partir du modèle régional;</p> <p>Présentation de la politique à toutes les instances concernées;</p> <p>Approbation finale par le conseil d'administration.</p>	Luc Adam	Automne 2014
Faire l'analyse des recommandations suite à des incidents de sécurité sur les actifs informationnels	<p>Pour chacun des incidents de sécurité, en faire l'analyse au comité et faire des recommandations;</p> <p>Faire un rapport annuel des incidents et les inclure dans le bilan annuel du comité sur la sécurité des actifs informationnels.</p>	Luc Adam	En continu

Conclusion

La sécurité des actifs informationnels demeure un élément essentiel dans le fonctionnement de toutes les organisations et nous ne pouvons pas nous permettre de l'ignorer. L'établissement détient des informations personnelles sur les usagers et sur ses employés et nous avons le devoir de préserver l'intégrité, la confidentialité et la disponibilité. De plus, le CSAI s'avère essentiel pour faire des recommandations afin de s'assurer de la sécurité des actifs informationnels.

Le responsable de la sécurité des actifs informationnels,



Le directeur des ressources financières, techniques
et informationnelles

8. RAPPORT DES DIRECTIONS

8.1 DIRECTION DE PROGRAMMES ET DES SOINS INFIRMIERS

L'année 2013-2014, est une année dont nous sommes très fiers. Par différents projets, tout au long de l'année, nous avons poursuivi nos efforts à rehausser la qualité et la sécurité des soins offerts à la population, et ce, grâce aux personnes qui s'investissent à tous les jours pour offrir de meilleures pratiques de soins.

Réalizations 2013-2014

L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA)

L'approche adaptée à l'Hôpital permet d'adapter les façons d'organiser les services et de donner les soins à la clientèle âgée hospitalisée ou qui se retrouve à l'urgence. L'AAPA a comme but de s'assurer que toutes les interventions nécessaires soient faites pour prévenir et, dans la mesure du possible, éviter le déconditionnement des personnes âgées qui consultent à l'urgence ou qui doivent faire un séjour à l'unité de soins de courte durée. Tout au long de l'année, plusieurs travaux ont été réalisés afin d'intégrer cette approche. Une démarche qui vise l'enrichissement des menus est en cours, des dépliants de sensibilisation à l'approche adaptée ont été créés pour informer la clientèle ainsi que leurs proches lors de l'admission. Le personnel des unités et des soins critiques sont actuellement à parfaire leurs connaissances afin de mieux répondre aux besoins de la personne âgée et éviter la perte d'autonomie.

Soins palliatifs

Parmi les travaux effectués spécifiques aux soins palliatifs, notons la mise en place d'une trousse uniformisée de médicaments et de quatre ordonnances collectives. La trousse et les ordonnances permettent aux intervenants de répondre plus promptement aux besoins de la clientèle en soins palliatifs à domicile. Une démarche d'harmonisation du suivi médical des usagers du Kamouraska par les médecins de Rivière-du-Loup est actuellement en cours.

Oncologie

Plusieurs démarches ont finalement porté fruits à l'équipe d'oncologie qui complète son équipe avec l'arrivée de la docteure Guité, interniste. Docteure Guité assure les soins médicaux courants à la clientèle en oncologie. Par son arrivée, docteure Guité a permis à l'équipe d'oncologie de poursuivre leurs travaux pour améliorer l'offre de soins et services à la clientèle. La consolidation d'une équipe interdisciplinaire a bonifié le continuum de soins et services. De plus, quelques rencontres ont eu lieu avec plusieurs partenaires externes. Ces rencontres avaient un but commun, soit celui d'assurer à la clientèle un accompagnement optimal.

Soins infirmiers

Dans un souci d'amélioration continue de la qualité, plusieurs pratiques ont été révisées, développées et implantées, notamment pour la prévention des chutes, la prévention des plaies de pression, le suivi systématique de la clientèle ayant une maladie pulmonaire chronique, le dépistage et suivi de la clientèle à risque de phlébite et plusieurs autres. Actuellement, un programme régional de formation pour le rehaussement des compétences infirmières est en cours. Ce programme agit directement sur les compétences de l'infirmière et contribue à améliorer la prise en charge de la clientèle. Un comité des services de première ligne a été mis en place avec la collaboration de nos partenaires. Ce comité a pour objectif principal de mettre en place les conditions nécessaires pour assurer à la clientèle, un continuum de soins et des services consolidés.

Prévention des infections

Afin d'assurer à notre clientèle une prestation de soins sécuritaires, plus de 240 employés ont reçu une formation sur la prévention et le contrôle des infections. Plusieurs audits ont été faits sur

l'hygiène des mains et un plan local de gestion des éclosions a été élaboré. Un programme d'assurance qualité est en cours d'élaboration pour l'unité de retraitement des dispositifs médicaux.

L'unité de soins multiclientèle

À l'unité de soins multiclientèle, une équipe complète s'est investie à revoir les processus de travail, et ce, afin d'améliorer la qualité du service et des soins offerts à l'utilisateur. Plusieurs volets ont été travaillés entre autres, les outils de communication entre les prestataires de soins lors du rapport entre les quarts de travail. Les améliorations apportées ont permis de diminuer le temps du rapport, d'optimiser la rédaction des notes évolutives et de mettre en place un outil de communication pour l'utilisateur. Les efforts d'amélioration se poursuivront au cours de la prochaine année.

Soins critiques (urgence et soins intensifs)

À l'urgence, le plan de contingence a été révisé. Ce dernier nous permet de nous assurer que lors d'achalandage important à l'urgence, notre capacité à prendre en charge de façon sécuritaire tous les usagers est toujours possible. Plusieurs formations et mises à jour ont été offertes aux prestataires de soins entre autres pour le triage, la révision de certaines techniques de soins, les modalités de transferts des usagers vers un autre centre, etc. Finalement, pour assurer à notre clientèle des interventions sécuritaires et de qualité lors de situations impliquant des personnes agressives, l'intégration d'un processus d'intervention systématique a été mise en place (code blanc).

L'obstétrique

L'équipe en place s'est à nouveau investie en temps et en efforts pour assurer à la clientèle des soins de qualité et sécuritaires. La poursuite de l'implantation de l'approche interdisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO), la mise à jour de la certification en réanimation néonatale et le maintien des compétences en allaitement maternel en sont des exemples.

Soins ambulatoires

L'équipe des soins ambulatoires a travaillé très fort à mettre en place un examen diagnostique qui est intégré au programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR, projet à l'échelle provinciale chapeauté par l'agence) qui permet, par une mesure non invasive, de dépister de façon précoce les risques de cancer colorectal. Ce nouveau test est désormais disponible pour les clientèles visées dans le secteur du Kamouraska.

Afin d'améliorer l'offre de service en soins de plaies, l'équipe a effectué une démarche de révision de la trajectoire et des rôles des conseillers en soins de plaies.

Réadaptation

Dans un objectif d'améliorer l'accès aux services de physiothérapie et de technicien en réadaptation physique, une révision complète des mécanismes d'accès à la clinique externe de physiothérapie est actuellement en cours



Brigitte Legault

Directrice de programmes et des soins infirmiers

8.2 DIRECTION DES SERVICES À LA CLIENTÈLE ET DE LA QUALITÉ

Durant l'année financière 2013-2014, quelques priorités ont façonné le choix de nos actions. Il s'agit entre autres de l'adaptation des services aux besoins de la population du Kamouraska et de l'amélioration continue de la qualité.

Par ailleurs, au cours de l'année, quelques visages ont changé dans notre direction. Plusieurs employés nous ont quittés pour la retraite, après plusieurs années de loyaux services. Nous les remercions pour leur engagement envers la clientèle. Dans l'équipe de gestion, quelques nouveaux visages se sont ajoutés. Il s'agit de monsieur Carl Bélanger au soutien à domicile et de monsieur Éric St-Jean, au Centre d'hébergement D'Anjou (en remplacement temporaire de madame Guylaine Ouellet).

En 2013-2014, nous avons poursuivi l'avancement de plusieurs dossiers majeurs :

Programmes santé mentale, dépendance, DI-TED, services généraux et organisation communautaire :

Suivi du projet clinique « Santé mentale », en collaboration avec les partenaires locaux;

- Préparation d'une évaluation/appréciation des services de première et deuxième ligne pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED;
- Participation annuelle à des activités de promotion et de prévention en lien avec une bonne santé mentale;
- Révision du guichet d'accès en santé mentale afin de le rendre plus simple, clair et efficace;
- Mise en place d'une grille de priorisation et révision du fonctionnement de la gestion des listes d'attente afin d'améliorer l'accessibilité des services à la clientèle;
- Ajouts et améliorations au fonctionnement du service de santé courant;
- Mise en place d'une entente de service entre le CSSS et le Centre de réadaptation en toxicomanie, visant à améliorer la continuité des services offerts à la clientèle;
- Redéploiement des services offerts au CLSC de Saint-André dans les autres installations du CSSS;
- Soutien aux personnes affligées par la tragédie de L'Isle-Verte et support au CSSS de Rivière-du-Loup dans l'offre de service à la population.

Programme enfance- jeunesse-famille :

- Mise en place d'un comité interdisciplinaire sur l'enjeu de l'image corporel chez les adolescents;
- Révision de la clinique de prévention et de traitement des ITSS, en collaboration avec les médecins de la clinique jeunesse;
- Amélioration des pratiques cliniques dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE).

Programme de santé publique et équipe de prévention des maladies chroniques :

- Révision en profondeur et adoption du plan local de santé publique;
- Investissements et consolidation de l'équipe de maladies chroniques et en promotion de la santé;
- Création d'un poste d'agent de prévention et de promotion de la santé;
- Mise en place du suivi systématique pour les personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC);
- Afin d'améliorer l'accessibilité à la clientèle, révision du mode de distribution des vaccins dans le cadre de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière.

Programme de soutien à l'autonomie et déficience physique

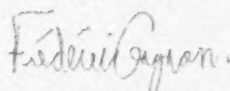
- Démarrage d'un projet de recherche-action sur les meilleures pratiques de concertation dans le but de promouvoir un vieillissement actif et en santé;
- Création d'une unité temporaire de récupération fonctionnelle, en partenariat avec la résidence La Petite Villa, à Saint-Pascal;
- Révision du centre de jour pour les personnes âgées, en collaboration avec le Centre d'Action Bénévole Cormoran;
- Investissements et développements majeurs dans l'offre de service à domicile pour les personnes en perte d'autonomie;
- Fermeture des activités d'hébergement de longue durée au Centre d'hébergement Thérèse-Martin.

Les points que nous venons de mentionner ne sont qu'un bref aperçu des dossiers prioritaires de la direction. En plus de ces dossiers, soulignons que la direction s'est investie, comme à chaque année, dans l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des services. Nous avons fait la promotion de services sécuritaires, continus et accessibles dans tous les secteurs du CSSS de Kamouraska. Des rafraîchissements sur l'importance de la déclaration des incidents et accidents lors de la prestation des services ont été effectués. Nous avons aussi rappelé l'importance de divulguer aux usagers les erreurs survenues pendant la dispensation des services. Un suivi rigoureux de l'implantation des meilleures pratiques et des normes de sécurité promues par Agrément Canada a été réalisé envers chacune des équipes de travail. Le conseil d'administration et l'équipe de direction se sont fait un devoir d'apprécier régulièrement les résultats en matière d'amélioration de la qualité.

En lien avec la visite du Conseil canadien d'Agrément qui aura lieu en octobre 2014, plusieurs rencontres d'équipes de travail ont été tenues et les travaux ont été nombreux. Avant cette visite et plus intensément après celle-ci, l'établissement devra poursuivre ses efforts afin d'améliorer continuellement la sécurité des personnes et d'améliorer la qualité des services.

PERSPECTIVES 2014-2015

- Poursuivre les travaux afin d'obtenir notre certification d'Agrément Canada;
- Réviser et bonifier notre programme d'amélioration continue et intégré de la qualité;
- Mettre à jour les projets cliniques (4), en collaboration avec nos partenaires;
- Rencontrer les attentes convenues à l'entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015, notamment en ce qui a trait au degré d'implantation du plan d'action en santé publique et l'adaptation des services aux personnes âgées;
- Poursuivre et intensifier nos efforts de concertation locale avec les partenaires intersectoriels;
- Améliorer notre accessibilité au service de prévention des maladies chroniques, au service santé courant et à l'accueil clinique;
- Poursuivre la consolidation des services de soutien à domicile;
- Répondre à l'ensemble des recommandations et pistes d'amélioration en hébergement de longue durée (CHSLD et RI).



Frédéric Gagnon

Directeur des services à la clientèle et de la qualité

8.3 DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL

L'année 2013-2014 a d'abord été marquée par l'arrivée de Marie-Josée Boucher à la direction des ressources humaines et du développement organisationnel.

La première partie de l'année a vu également la finalisation du dossier de la fermeture du Centre d'hébergement Thérèse-Martin suite à l'adaptation de l'offre de service aux personnes âgées et aux personnes en perte d'autonomie. Les employés ont tous été transférés et le centre d'hébergement a terminé ses opérations à l'automne 2013.

Le projet du service régional de la paie est un dossier majeur qui retient l'attention pour cette année et pour les années à venir. Ce projet a été annoncé en conférence de presse le 9 septembre 2013 et les établissements de la région du Bas-St-Laurent sont en préparation du transfert de leur service de paie vers le CSSS de Kamouraska.

Au niveau des autres projets de développement organisationnel, notons les suivants :

- Poursuite du déploiement du projet d'amélioration des conditions d'exercice des cadres en lien avec la centralisation des horaires de travail.
- Participation de la DRHDO à différents projets d'organisation du travail comme l'unité multiclientèle, l'accueil-réception-admission (ARA), la clinique externe de réadaptation, etc.
- La DRHDO a également apporté son soutien aux directions dans différents autres dossiers comme la création de l'équipe de prévention des maladies chroniques ou l'atteinte de l'équilibre budgétaire.
- La DRHDO a aussi participé à quelques démarches d'amélioration du climat de travail avec certaines équipes.
- La DRHDO a également collaboré au projet de réaménagement du salon des employés de l'Hôpital ainsi qu'à la mise sur pied de la Loto-Fondation.
- Durant l'année 2013-2014, il y a eu l'élaboration et l'actualisation des politiques et procédures suivantes :
- DRHDO-PRO-55 Procédure code blanc (adoptée le 2013-09-10).
- DRHDO-PRO-50 Procédure de vaccination contre l'influenza pour les personnes qui oeuvrent au CSSS de Kamouraska (révisée le 2013-10-15);

Dotation

L'année financière 2013-2014 a été une année très chargée au niveau des affichages. Du 1^{er} janvier 2013 au 29 mars 2014, nous avons affiché 125 postes. Il y a eu beaucoup de mouvement de main-d'œuvre étant donné les départs à la retraite, les départs volontaires et les retours aux études, etc. Nous avons embauché des infirmières supplémentaires afin de réduire la main-d'œuvre indépendante.

De plus, cinq (5) contrats pour les CEPI (Candidat à l'exercice de la profession infirmière) ont été signés pour la période estivale 2013 et deux (2) pour l'été 2014. Nous sommes heureux d'accueillir ces personnes dans notre établissement. Elles seront une belle relève pour l'avenir. L'objectif premier de ces contrats est de retenir ce type de personnel en soins infirmiers.

Aussi, lors de la « Journée Carrière en soins infirmiers », nous avons rencontré, le 15 octobre 2013, les futurs CEPI du Cégep de La Pocatière. Nous avons également participé à une journée organisée par l'Université de Sherbrooke, le 23 octobre 2013, pour rencontrer des professionnels (ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.). Le 28 octobre 2013, une rencontre a eu lieu avec les étudiants du Pavillon de l'Avenir inscrits au programme d'assistance à la personne à domicile et en établissement de santé. Nous avons également participé à la « Journée Carrière en santé » à l'Université Laval, le 19 novembre 2013, où nous avons pu discuter avec des étudiants qui

cheminent pour un titre d'emploi de niveau professionnel (ergothérapeutes, travailleurs sociaux professionnels, infirmiers cliniciens, etc.). Le 10 février 2014, nous avons également présenté notre CSSS à la cohorte des étudiants en pharmacie qui termineront à l'été 2014 et nous espérons ainsi, combler le poste de pharmacien qui est vacant depuis plusieurs années. Finalement, dans le cadre d'une activité organisée par Projection 16-35, nous avons tenu une séance d'information, le 25 mars 2014, afin de faire connaître les possibilités d'emploi au CSSS de Kamouraska ainsi que nos façons de faire au niveau du recrutement.

De plus, nous avons eu recours encore cette année à des méthodes de recrutement qui sont disponibles dans notre région, soit le Carrefour jeunesse emploi, Emploi Québec, le site Santé Montréal. Aussi, nous utilisons les différents sites de placement des universités comme celui de l'Université Laval, l'Université de Montréal, l'Université d'Ottawa, l'Université de Sherbrooke et l'Université du Québec à Rimouski ainsi que des cégeps des régions environnantes. Aussi, pour le recrutement, nous avons fait affaire avec les différents sites des centres de formation professionnelle (ex. : le Pavillon de l'Avenir). Pour des emplois plus spécialisés, nous avons dû aller dans les journaux régionaux, provinciaux et parfois fait appel aux ordres professionnels ainsi qu'au site de Jobillico. Enfin, avec la Cyberfoire de l'emploi qui s'est tenue du 26 au 30 mars 2014, nous avons participé au salon de l'emploi virtuel du Bas-Saint-Laurent. Le site Internet de notre CSSS offre une section EMPLOI qui offre la possibilité aux personnes de postuler en ligne sur les postes disponibles ou tout simplement soumettre leur candidature.

En ce qui a trait aux statistiques pour l'année 2013-2014, pour la paie se terminant le 8 mars 2014, il y a eu 65 embauches et 82 départs.

Formation et développement de main-d'œuvre

Du côté du développement du personnel, de nombreuses formations ont été offertes aux employés. Voici quelques exemples des principales formations ayant eu cours dans cette dernière année financière :

- Prévention des comportements agressifs et perturbateurs pour les travailleurs aux soins en CHSLD;
- Code blanc;
- SIMDUT;
- RCR;
- RCR néonatale;
- Suivi systématique MPOC;
- Maltraitance;
- Allaitement;
- Hygiène des mains et protection respiratoire;
- Qualité de l'alimentation en CHSLD;
- Manutention de charges;
- Retraitement des dispositifs médicaux, etc.

Dans le cadre du plan de développement des ressources humaines, dimension mobilité et orientation de carrière, les employés déjà en poste au CSSS de Kamouraska peuvent accéder à d'autres titres d'emploi. Par exemple, certains de nos employés sont actuellement en démarche de reconnaissance des acquis avec la Commission scolaire Kamouraska-Rivière-du-Loup tandis que d'autres ont commencé leur formation. Pour ces derniers, il leur a été possible d'effectuer leur stage au CSSS de Kamouraska.

En ce qui concerne la formation « PDSB » (Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires), nos formateurs ont actualisé les compétences de la totalité des employés oeuvrant en CHSLD.

Planification de main-d'œuvre - Secteur avantages sociaux

Toujours soucieux de rayonner sur tout le territoire, le CSSS de Kamouraska visite les municipalités du Kamouraska. Ainsi, cette année, l'activité reconnaissance a eu lieu le 14 novembre 2013 à St-Germain de Kamouraska lors d'un « 5 à 7 » sous forme d'une dégustation de vins et fromages. L'équipe de la direction des ressources humaines et du développement organisationnel a rendu hommage à 26 employés actifs ayant complété 15 et 25 années de service. Nous avons également souligné le départ à la retraite de 30 employés. Cette activité a donc rendu hommage à 56 personnes.

Concernant les départs à la retraite, 22 employés ont quitté pour la retraite. Au cours de l'année 2013-2014, 4% du personnel est parti à la retraite à l'âge moyen de 57,7 ans. Pour 2014-2015, 15,1 % du personnel, soit 94 personnes auront la possibilité de se prévaloir de leur retraite puisqu'elles auront atteint l'âge de 55 ans. C'est une augmentation de 5 % de plus que l'an passé.

Départs à la retraite

Année	TC	TPR	TPO	Total
2013-2014	17	5		22
2012-2013	22	10		32
2011-2012	17			17
2010-2011	16	2		18
2009-2010	21	6		27
2008-2009	27	3	1	31

Départs à la retraite par unité d'accréditation

Année	FIIQ	FTQ	CSN	PROF.	CADRE	TOTAL
2013-2014	8	10	2		2	22
2012-2013	10	12	6	1	3	32
2011-2012	9	5	1	1	1	17
2010-2011	8	6	4			18
2009-2010	9	10	5	2	1	27
2008-2009	9	11	2	3	6	31

Pour ce qui est du départ progressif à la retraite, plus de 20 employés ont bénéficié de ce programme au cours de la dernière année. La retraite progressive est très utilisée dans notre établissement de santé. C'est un moyen de terminer une carrière sans s'essouffler et de rester actif au sein du CSSS de Kamouraska. L'utilisation de la préretraite a permis de garder à l'emploi des employés expérimentés dans divers secteurs d'activité entre 1 an et 3 ans de plus. Cette façon de faire donne aux plus jeunes la possibilité d'une intégration graduelle au travail et un partage de l'expertise de la part de nos employés d'expérience. Par contre, nous vivons des difficultés de recrutement dans certains titres d'emploi, ce qui rend difficile la gestion de ce genre de congé.

Départs progressifs à la retraite

Année	Nouveaux contrats	Contrats en cours	Contrats actifs
2013-2014	3	17	20
2012-2013	9	21	30
2011-2012	12	14	26
2010-2011	4	14	18
2009-2010	2	18	20
2008-2009	7		7

Départs progressifs à la retraite par direction					
	2013-2014	2012-2013	2011-2012	2010-2011	2009-2010
Direction de programmes et des soins infirmiers	6	10	13	14	13
Direction des programmes et de la qualité	8	15	7	2	4
Direction des services professionnels	5	4	4	1	1
Direction des ressources financières, techniques et informationnelles	1	1	2	1	2
Direction des ressources humaines et du développement organisationnel					
Total	20	30	26	18	20

Encore cette année, il y a eu une étroite collaboration entre le service santé et les avantages sociaux. Quelques employés ont pris de l'information quant à la planification de leur fin d'emploi plutôt que de s'astreindre à un retour à l'emploi difficile. De plus, un dossier en 3^e année de maladie modifié en retraite a permis au CSSS de Kamouraska de récupérer plus de 10 000 \$ en assurance salaire.

La fermeture du Centre d'hébergement Thérèse-Martin a été un événement qui a eu des impacts au chapitre des départs à la retraite. Des employés touchés par cette fermeture ont été accompagnés dans leur choix de continuer à travailler ou de partir à la retraite. À cet égard, plusieurs rencontres ont été faites pour offrir un service de planification de fin d'emploi. Les bénéfices ont été grands sur le fait de connaître les intentions du personnel afin de mieux gérer la structure de poste dans les contraintes à respecter.

La direction des ressources humaines et du développement organisationnel en partenariat avec La Capitale services conseils Inc., a offert une session d'éducation financière en mai 2013. Un survol des aspects financiers liés à la retraite et des renseignements sur les facteurs qui influencent la sécurité financière à la mi-carrière a permis à 26 personnes d'être informées sur comment se bâtir un plan financier.

- Les sujets suivants ont été abordés :
- La stratégie financière;
- Le RREGOP;
- La RRQ;
- Le budget;
- Les aspects légaux;
- La protection du patrimoine.

Ces rencontres sont toujours appréciées d'année en année. En 2013, il a été facile de constituer un groupe pour assister à la soirée. Une des clefs de ce succès réside dans le fait que ces rencontres ne s'adressent pas seulement au personnel admissible à la retraite, mais aussi aux employés de 40 ans et plus.

Santé et sécurité au travail

Le comité paritaire santé et sécurité au travail (CPSST) est toujours présent dans l'organisation. Différentes recommandations ont été faites dans la dernière année. De plus, une nouvelle façon de faire a été testée en regard des accidents de travail et des incidents déclarés. En effet, dans le but

d'améliorer l'efficacité de l'analyse de ces déclarations, elles sont désormais remplies par catégorie. Il est donc plus facile de faire des propositions d'intervention afin que ces situations ne se reproduisent plus.

Le programme PRATA+ (Programme de retour au travail adapté plus) est toujours présent dans l'établissement et contribue à faire en sorte qu'un retour au travail, suite à une absence pour maladie psychologique, soit un succès.

Des analyses ergonomiques de postes de travail ont été réalisées par l'Agence de santé afin de réduire les problématiques pouvant être développées à long terme par des postures ou des postes de travail mal adaptés que ce soit au niveau des postes à écran, à la buanderie ou à la cuisine. Des recommandations ont été émises.

De nombreux efforts ont également été faits par le service santé en vue d'assurer une rigueur et une conformité dans les suivis des dossiers. Ces efforts ont certainement contribué à faire en sorte que nous parvenions à respecter la cible fixée en début d'année par le MSSS concernant l'assurance salaire. En effet, nous terminons l'année 2013-2014 avec un taux d'absentéisme de 2,59 % alors que la cible pour notre établissement avait été fixée à 5,28 %. Il s'agit également du meilleur taux de la région du Bas St-Laurent et un des meilleurs dans la province.

Relations de travail

Cette année fut marquée par le déploiement de la révision de l'offre de service aux personnes âgées et en perte d'autonomie. Nous avons donc travaillé pour en arriver à des ententes négociées avec chacun des syndicats pour la mise en application de cette révision. Pour ce faire, nous avons tenu plusieurs rencontres en comité des relations de travail et nous avons aussi réglé d'autres litiges. Nous avons entrepris la négociation du projet d'horaire 7/7 pour l'été 2014 avec le syndicat SPSQ, ce qui fut très mobilisant dans l'offre de conditions de travail intéressante pour nos employés.

Finalement, nous avons eu recours à la mise sur pied de comités *ad hoc* sur des problématiques bien précises pour tenter d'obtenir des solutions négociées.

Les tableaux ci-dessous dressent l'état de la situation concernant les griefs pour l'année 2013-2014 :

État des griefs du
(1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014)

Syndicat des professionnelles en soins de Québec
(SPSQ - FIQ)

Description	Nombre	Description	Nombre
Nombre de griefs au début de l'année	43	Nombre de griefs réglés durant l'année	15
Nombre de griefs déposés durant l'année	109	Nombre de griefs réglés par arbitrage	0
Total :	152	Total :	15

Nombre de griefs actifs à la fin de l'année	137
Nombre de griefs en voie de règlement	41

État des griefs du
(1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014)

Syndicat québécois des employés-es de service,
section locale 298 (FTQ)

Description	Nombre	Description	Nombre
Nombre de griefs au début de l'année	33	Nombre de griefs réglés durant l'année	35
Nombre de griefs déposés durant l'année	79	Nombre de griefs réglés par arbitrage	0
Total :	112	Total :	35

Nombre de griefs actifs à la fin de l'année	77
Nombre de griefs en voie de règlement	47

État des griefs du
(1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014)

Syndicat des employés-es de bureau du CSSSK
(CSN)

Description	Nombre	Description	Nombre
Nombre de griefs au début de l'année	16	Nombre de griefs réglés durant l'année	0
Nombre de griefs déposés durant l'année	17	Nombre de griefs réglés par arbitrage	0
Total :	33	Total :	0

Nombre de griefs actifs à la fin de l'année	33
Nombre de griefs en voie de règlement	17

État des griefs du
(1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014)

Syndicat des techniciens-nes et professionnels-les de la santé du Kamouraska (CSN)

Description	Nombre	Description	Nombre
Nombre de griefs au début de l'année	5	Nombre de griefs réglés durant l'année	5
Nombre de griefs déposés durant l'année	6	Nombre de griefs réglés par arbitrage	0
Total :	11	Total :	5

Nombre de griefs actifs à la fin de l'année	6
Nombre de griefs en voie de règlement	3

Marie-Josée Boucher
Directrice des ressources humaines et du développement organisationnel

8.4 DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES, TECHNIQUES ET INFORMATIONNELLES

L'année 2013-2014 a été une année de grands chantiers autant au niveau des ressources financières (suivi intensif de l'équilibre budgétaire), techniques (fermeture du centre d'hébergement Thérèse-Martin et des travaux pour accueillir les nouveaux intervenants du soutien à domicile) et informationnelles (projet pilote au Bas-Saint-Laurent pour le Dossier santé du Québec (DSQ) - Volet médicaments). La direction des ressources financières, techniques et informationnelles couvre les secteurs suivants : comptabilité, analyse financière, approvisionnement, informatique, sécurité des actifs informationnels, téléphonie, alimentation, buanderie, entretien ménager, installations matérielles, transport, génie biomédical, gestion des déchets, gestion de l'énergie, la sécurité de nos infrastructures et un ajout au cours de l'année, soit le service des archives.

Voici un bref aperçu des réalisations de la direction par secteur :

Ressources financières

- Suivi intensif des résultats budgétaires périodiques aux différentes directions;
- Suivi des mesures mises en place afin de répondre aux exigences de la Loi 100 et d'optimisation;

La direction des ressources financières, techniques et informationnelles a fait adopter aux différentes instances les documents suivants :

Politiques :

- Désignation des signatures pour les opérations bancaires;
- Politique d'approvisionnement;
- Reddition de comptes en gestion contractuelle.

Procédures :

- Facturation des usagers – CLSC - Révisée;
- Facturation des usagers externes – Hôpital - Révisée;
- Facturation des usagers internes – Hôpital - Révisée;
- Procédure d'accès au « Dossier clinique numérisé » (DCN);
- Procédure d'accès à l'applicatif « Gestion des documents cliniques » (GDC);
- Procédure d'acheminement des documents à la numérisation;
- Entretien et nettoyage des systèmes de ventilation.

Directive :

- Fournitures périmées.

Mesures de sécurité des actifs informationnels :

- Gestion de la sécurité – Classification des actifs informationnels;
- Sécurité logique, gestion des accès et utilisation – Profil et codes d'accès;
- Sécurité logique, gestion des accès et utilisation – Gestion des mots de passe;
- Sécurité physique, prévention, détection et protection – Emplacement des installations et du matériel informatique;
- Sécurité physique, prévention, détection et protection – Contrôle des accès aux salles informatiques et équipements de télécommunications;
- Développement, entretien et mise en place des systèmes – Développement, acquisition et mise en place.

- Préparation du rapport financier annuel, Fonds de santé au travail, de l'équipe locale;
- Achat de plusieurs équipements médicaux par le Fonds Desjardins pour un total de 4 750 \$ pour l'achat de lits électriques.

Achat de plusieurs équipements médicaux, à même le budget d'immobilisations de l'établissement, pour un total de 233 300 \$ dont voici les principaux :

- Lits électriques;
- Fauteuils roulants;
- Lève-personnes et balances;
- Bains thérapeutiques;
- Réfrigérateurs et congélateurs;
- Analyseur de PH;
- Table d'examen;
- Civière;
- Appareil à succion;
- Analyseur d'urine;
- Stérilisateur;
- Spiromètre;
- Bronchoscope autolavable.
- Achat de plusieurs équipements non médicaux, à même le budget d'immobilisations de l'établissement, pour un total de 132 800 \$ dont voici les principaux :
- Lave-vaisselle;
- Polisseuse;
- Mélangeur;
- Ameublement de bureau;
- Chaises pour cafétéria;
- Réfrigérateurs.

Achat d'équipements médicaux par la Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima au cours de l'exercice pour un total de 30 200 \$ dont voici un bref aperçu :

- Urétéroscope;
- Spiromètre mobile (maladies respiratoires);
- Appareil électro-acoustique à commande numérique (dégagement des voies respiratoires).

Également, nous avons reçu une somme de 22 100 \$ d'Opération Enfant Soleil qui a servi à l'acquisition d'équipements médicaux :

- Balance électrique;
- Bilirubinomètre;
- Moniteur de signes vitaux.

Également, nous avons reçu une somme de 22 400 \$ de la Fondation McDonald qui a servi à l'acquisition d'une table de réanimation néonatale.

Ressources techniques

Au cours de l'année 2013-2014, les services techniques ont réalisé des travaux de rénovations fonctionnelles et de maintien d'actifs pour un montant de plus de 1 067 000 \$ dont les principaux sont :

- Réfection des cuisinettes en CHSLD;
- Modification de locaux pour les projets des soins à domicile (SAD);
- Remplacement des fenêtres au Centre d'hébergement D'Anjou;
- Remplacement des fenêtres au Centre administratif;
- Remplacement des calorifères à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima;
- Remplacement des couvre-planchers au Centre d'hébergement Villa-Maria;
- Remplacement du système d'alarme et des gicleurs au Centre d'hébergement D'Anjou;
- Remplacement du système d'alarme et des gicleurs au Centre Villa-Maria;
- Remplacement du réservoir à eau chaude et de la tuyauterie à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima;
- Remplacement des compresseurs des chambres froides au Centre administratif;
- Mise aux normes de la ventilation Accueil-Santé à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima;
- Remplacement des pompes submersibles à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima;
- Remplacement du panneau électrique au Centre d'hébergement D'Anjou;
- Mise aux normes du système de chauffage à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima;
- Modification de locaux pour le service régional de la paie;
- Installation centre de distribution de puissance à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima.

Également le projet de réaménagement de tous les points de service pour accueillir les nouveaux intervenants issus du virage PPALV;

Ressources de l'hôtellerie

- Participation continue (par des rencontres), au niveau de la politique alimentaire, mise en place de nouveaux produits, etc.;
- Poursuite du dossier des zones grises par l'inventaire des équipements visés par le projet à l'Hôpital, CLSC et CHSLD;
- Travaux sur la révision des routes de travail de l'équipe d'hygiène et salubrité afin d'y intégrer certaines tâches issues des zones grises;
- Réaménagement de la cafétéria de l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima;
- Vigie au niveau de la SQEEP (Stratégie québécoise d'économie d'eau potable).

Ressources informationnelles

- Mise en place des applicatifs suivants :
- Dossier santé du Québec (DSQ) – Déploiement aux soins critiques;
- Horaire Plus;
- Gestion des zones grises (Propre).
- Conception de l'applicatif Web « Gestion de l'hébergement des résidences – Ressources intermédiaires »;
- Participation aux travaux préparatoires pour le projet dossier clinique informatisé régional (DCIR) :
- Analyse réseau sans fil;
- Numérisation (autre CSSS);
- Normes régionales de conception de formulaires;

- Arborescence régionale.
- Poursuite de la migration « Client léger » (60 % des postes installés);
- Préparation et migration vers l'environnement Windows 7 (fin de vie Windows XP);
- Accompagnement dans l'informatisation de l'UTRF.

Archives

- Accompagnement et sensibilisation des intervenants dans la rédaction de leurs documents cliniques en respect des normes de numérisation, de tenue de dossiers et des Lois;
- Poursuite des travaux de mise en place pour la numérisation – Volet CLSC :
- Numérisation de l'antériorité des dossiers intervenants en CLSC;
- Numérisation des dossiers médicaux en CLSC;
- Mise en place du processus de numérisation quotidienne en CLSC.
- Travaux préparatoires à « Index patient maître régional » (IPMR);
- Révision et optimisation des processus de travail du service des archives;
- Poursuite des travaux concernant les documents cliniques :
- Finalisation de l'inventaire des documents cliniques;
- Consolidation de l'utilisation de l'appliquetif GDC;
- Arrimage avec les documents administratifs;
- Poursuite de la révision du processus d'autorisation.

En conclusion, toutes ces réalisations sont le résultat de beaucoup d'efforts faits par les équipes de la DRFTI et je tiens sincèrement à les remercier pour leur travail constant tout au cours de l'année 2013-2014.



Directeur des ressources financières,
techniques et informationnelles

Mandat

Le directeur des services professionnels en vertu de la loi, a comme mandat principal de s'assurer que le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ainsi que les départements qui le composent, remplissent leurs mandats respectifs. Il siège d'office au comité exécutif du CMDP et s'assure du fonctionnement optimal de celui-ci.

Il s'assure également du bon fonctionnement des départements et si une obligation d'un chef de département ou une autre composante obligatoire n'est pas remplie, le directeur des services professionnels doit s'en charger, telles les listes de garde afin de prévenir, dans la mesure du possible, les interruptions de service.

En dehors des mandats légaux, le directeur des services professionnels assure le suivi des efforts de recrutement et facilite les démarches des candidats au recrutement. Il participe également aux activités du comité de direction et est partie prenante des dossiers régionaux sur les projets en cours et futurs et contribue à la recherche de solutions aux problématiques de l'établissement.

Suivi des objectifs annuels 2013-2014

Consolider les soins pharmaceutiques par le recrutement d'un pharmacien-chef

Malgré plusieurs efforts et démarches, Notre CSSS n'a pu jusqu'à maintenant, recruter un pharmacien-chef. Au cours de la dernière année, l'apport d'un pharmacien dépanneur, qui nous offrait des activités à 2 jours par semaine, une gestionnaire administrative en la personne de madame Ghislaine Boucher et des efforts de nos deux pharmaciennes, conjuguées au travail de nos cinq techniciennes, ont permis au CSSSK de fournir des soins de qualité et sécuritaire à la population que nous desservons.

Participer aux travaux préparatoires à la visite d'Agrément prévue à l'automne 2014

L'ensemble des employés et professionnels qui sont sous la gouverne de la DSP sont sensibilisés et effectuent les travaux préparatoires à la visite de l'Agrément à l'automne 2014.

Continuer la consolidation des soins de la 1^{ère} et 2^e ligne au Kamouraska

L'arrivée de la Dre Isabelle Guité, interniste, à l'automne 2013 a permis de combler le poste vacant à notre plan d'effectif médical en médecine interne et ainsi mieux supporter les médecins de famille et les autres spécialistes dans l'offre de soins au Kamouraska.

Malgré le départ de deux médecins de famille en 2012-2013, qui effectuaient du suivi de clientèle en bureau, et l'arrivée en 2013-2014 de trois nouveaux médecins qui n'ont pas tous débuté le suivi en bureau de la clientèle, nous avons une augmentation du nombre de patients vus sans rendez-vous en GMF, soit de 2705 à 3408 et une stabilisation des visites à l'urgence à 21 522.

De plus, au cours de l'année 2013-2014, 452 usagers furent pris en charge par l'intermédiaire du GACO (guichet d'accès pour la clientèle orpheline) alors que 275 usagers sont en attente comparativement à 879 et 135 respectivement en 2012-2013.

Signer une entente avec le département d'anesthésiologie de l'Hôpital de Rivière-du-Loup afin d'assurer une permanence et ainsi éviter des interruptions de services en anesthésiologie. Cette entente sera dans le cadre d'un poste RFI.

L'entente sera signée en septembre 2014 avec l'arrivée du nouvel anesthésiologiste à l'Hôpital de Rivière-du-Loup.

Objectifs 2014-2015

- Continuer le déploiement du BCM selon le calendrier prévu
- Recruter un troisième pharmacien pour consolider à long terme les soins et services de la pharmacie
- Obtenir l'Agrément à l'automne 2014
- Participer au maintien de l'équilibre budgétaire au CSSS de Kamouraska et s'assurer d'une optimisation clinique et budgétaire des soins et services.
- Signer une entente avec le département de radiologie du CSSS de Rivière-du-Loup, dès l'automne 2014 pour combler les journées d'absence de la pré-retraite du Dr Demers.

Sous sa responsabilité, la direction des services professionnels a supervisé :

- Les services diagnostiques
- Le département de pharmacie
- Le comité de surveillance de l'usage des antibiotiques
- Le comité de prévention et contrôle des infections

Les services diagnostiques

Biologie médicale

Nous avons poursuivi les travaux en vue de l'agrément des laboratoires. Un grand nombre de procédures ont été produites, approuvées et mises en vigueur.

Suite à l'intégration du CLSC La Pocatière, nous avons finalisé l'intégration de la salle de prélèvements et l'accueil santé au niveau de leur fonctionnement.

Nous avons fait l'acquisition d'un nouvel équipement destiné à la lecture des bandelettes urinaires. Cet appareil est le premier de cette nouvelle génération à être installé au Québec. L'interface a été développée sur place au cours du mois de septembre. L'instrument est fonctionnel au laboratoire depuis octobre 2013.

Imagerie médicale

Les démarches pour le remplacement de notre échographe ont été entamées. Les résultats de l'appel d'offres seront disponibles sous peu et nous pourrons alors procéder à l'acquisition soit l'automne prochain.

Le service d'imagerie a réalisé cette année sa dix-millième tomodensitométrie depuis l'installation de notre tomodensitomètre en 2009.

Nous avons également réalisé cette année 400 coloscopies virtuelles au taco. À noter que nous sommes le seul centre à offrir ce service dans la région du Bas-Saint-Laurent.

Objectifs :

- Poursuivre les travaux relatifs au programme-qualité (Agrément).

- Poursuivre l'implantation du logiciel de laboratoire TD-Synergie en collaboration avec l'Agence du Bas-Saint-Laurent et les autres établissements.

Le département de pharmacie

Au cours de l'année 2013-2014, les actions réalisées ont servi, majoritairement, à consolider les projets débutés en 2012-2013.

Entre autres, le projet d'optimisation des actions réalisées au département de pharmacie. Un questionnaire est toujours présent de la part du personnel dans le but de rentabiliser leurs actions pour une plus-value.

Dans cette même perspective, le projet de la gestion des pharmacies au commun par le département de pharmacie est devenu une réalisation bénéfique. Une évaluation des besoins pour chaque service en fonction des soins dispensés à la clientèle a permis une meilleure rentabilité qualitative et quantitative des produits pharmaceutiques afin d'éviter un surplus de produits qui n'aurait probablement pas été utilisé dû à leur date de péremption.

Dans le même ordre d'idée, le remplissage des pharmacies au commun dans les unités nous a amenés à créer une organisation sécuritaire des emplacements et une surveillance qualitative des produits pharmaceutiques livrés dans les pharmacies des unités de soins.

Cette année, tout le processus d'Agrément Canada a beaucoup été présent dans la planification et l'organisation des services. La réponse à un sondage sur la prise de connaissance et actions réalisé dans le département de pharmacie a permis au personnel de prendre conscience qu'il restait encore du travail à faire pour donner des soins et des services sécuritaires à la clientèle. La participation du personnel à l'élaboration et l'implantation d'un plan d'action ont intensifié la création d'outils et/ou de peaufiner certaines pratiques inspirées des normes d'Agrément. Les concepts qualité et sécurité sont des valeurs qui s'intègrent graduellement dans les façons de faire du département.

Nous travaillons à instaurer de façon continue le processus suivant : élaboration d'objectifs et plan d'action.

En référence aux normes d'Agrément, des procédures ont été revues pour donner davantage l'accent sur la sécurité des services offerts. Pour ne nommer que celles-là : la gestion des médicaments à risque élevé ainsi que la gestion des narcotiques, etc. Dans les étapes de communication, ces contenus ont été implantés dans la pratique des professionnels concernés.

De plus, le bilan comparatif des médicaments (BCM) continue à se déployer dans les différents services. Auprès de la clientèle en traitement en oncologie, le BCM est en fonction depuis la fin de 2012. Pour assurer un continuum de services, depuis octobre 2013, le BCM a débuté auprès de la clientèle admise en provenance de l'urgence. Dans le but de sensibiliser et de former tous les intervenants concernés sur l'importance du BCM et le rôle qu'ils doivent assumer pour la réalisation du BCM, des séances de formation et des rencontres ont été réalisées ainsi que la création d'un feuillet mis en circulation.

Le département de pharmacie demeure à l'affût pour peaufiner le processus du BCM et d'intervenir, au besoin, pour assurer le continuum de soins et de services.

La mise sur pied du comité pharmaco-vigilance, sous la responsabilité de la direction des soins infirmiers, assume un rôle de partenaire avec le comité de gestion des risques. Ce comité est une

instance importante pour le suivi du processus du bilan comparatif des médicaments au point de transition (admission, transfert, congé).

De plus, la participation des pharmaciennes au comité interprofessionnel de l'unité multiclientèle a plusieurs effets positifs, entre autres, le regard sur le déroulement du processus BCM en ce qui a trait au BCM de congé/départ de l'usager.

Un autre projet est en cours de réalisation, l'élaboration et l'acceptation du programme de surveillance de l'usage des antibiotiques ont mis les assises sur les réalisations du comité. Il poursuit ses interventions pour consolider l'application du programme et nous joignons à la présente le rapport annuel du comité de surveillance.

Dans la continuité des projets en cours, en mars 2013, le projet système automatisé robotisé de la distribution des médicaments (SARDM-phase II) devenait une réalisation. Le processus fonctionne rondement et un travail de collaboration est toujours présent avec le CSSS de Témiscouata.

Dans la poursuite des objectifs du Ministère et de l'Agence, le CSSS de Kamouraska s'est rapidement intégré dans le nouveau projet SARDM-phase III qui comprend le cabinet automatisé décentralisé (CAD). Des rencontres ont débuté en juillet 2013 chapeautées par l'Agence régionale. Du côté de notre établissement, des rencontres d'information se sont réalisées auprès des directeurs. Le processus se déroule bien, un comité local est en place pour le volet opération dont la première rencontre est prévue à l'automne 2014. L'implantation du cabinet automatisé décentralisé (CAD) est prévue au début de l'année 2015. Ce projet est une action supplémentaire vers l'atteinte d'une plus grande sécurité des soins et des services offerts à la clientèle.

Parallèlement à toutes les actions prises par le département de pharmacie pour assurer la qualité et la sécurité des soins et des services, nous savons très bien que l'environnement physique contribue à l'atteinte de la qualité et de la sécurité des services. Pour ce faire, un travail d'aménagement des lieux physique est au point d'être réalisé. Un aménagement physique plus ergonomique et harmonieux sera sûrement contributoire à la poursuite des objectifs qualitatifs.

Le comité de surveillance de l'usage des antibiotiques

Les membres du comité pour 2013-2014 sont :

Mme Margot Cyr, technicienne en laboratoire

Mme Liliane Dubé, infirmière en prévention des infections

Mme Johanne Dumais, pharmacienne

Dre Isabelle Pelletier (en remplacement de Dre Josée Rousseau)

Le comité s'est réuni à deux reprises au cours de l'année. Voici un résumé des activités réalisées cette année :

- Un audit sur les techniques de prélèvement des urines en CHSLD pour les porteurs de sonde a été réalisé par l'infirmière en prévention des infections. Une révision du matériel présentement disponible, ainsi qu'une demande d'achat du matériel manquant pour se conformer aux lignes directrices actuelles est en cours.
- Rédaction du « Programme de surveillance de l'usage des antibiotiques » qui sera entériné par les différentes instances d'ici la fin du mois de juin 2014.
- Suivi des DDD (defined daily dose), qui permet d'apprécier l'utilisation quantitative des antibiotiques dans l'établissement.
- Étude qualitative rétrospective du traitement des infections urinaires. Les données recueillies jusqu'à maintenant seront compilées d'ici la fin de mois de juin 2014.

Le comité de prévention et contrôle des infections

Président : Docteur Gaétan Lévesque

Membres du comité :

Madame Doris Brassard, infirmière

Madame Annie Chamberland, conseillère-cadre à la qualité

Madame Margo Cyr, assistante-chef biologie médicale

Madame Liliane Dubé, infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections

Madame Annie Houde, pharmacienne

Madame Marie-Catherine Jeffrey, assistante supérieure immédiate au soutien à domicile

Madame Brigitte Legault, directrice de programme et des soins infirmiers

Madame Nicole Morneau, chef des services alimentaires et d'hôtellerie

Madame Suzanne Fortin, chef des services d'hébergement institutionnel (CDA et CVM)

Madame Francine Tourangeau, microbiologiste

Monsieur Robert-Hugo Gendron, chirurgien

Monsieur Gaétan Lévesque, médecin responsable du comité de PCI

Mandat

Le comité a pour mandat général de déterminer les objectifs du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales et de déterminer les priorités d'action.

Réunions

Le comité de prévention des infections s'est réuni à 5 reprises durant l'année 2013-2014.

En conformité avec le programme local de prévention et de contrôle des infections, les objectifs annuels 2013-2014 étaient :

- Exercer une surveillance des infections nosocomiales
- Surveillance de l'incidence du : SARM-ERV, *Clostridium difficile*, influenza, gastroentérite, bactériémies, infection des sites chirurgicaux et autres problèmes infectieux.
- Analyse des résultats de surveillance.
- Tableau de bord « Surveillance des infections ».
- Bilan de la surveillance des infections des sites chirurgicaux 2013-2014.
- Diffusion des taux d'infections au personnel et aux instances concernées.
- Effectuer la surveillance de processus permettant d'évaluer l'application ou le respect de certaines pratiques de prévention et contrôle des infections (hygiène des mains).
- Taux de vaccination antigrippale chez les travailleurs.
- Administration des antibiotiques préopératoires en temps opportun.
- Assurer une vigie à l'égard des problématiques pouvant générer des risques infectieux et faire les recommandations appropriées
- Diagnostic de l'influenza
- Gestion des employés ayant un diagnostic d'influenza
- Contenants de disposition des objets piquants/tranchants
- Programme de protection respiratoire : Tests d'ajustement pour les masques N-95
- Critères pour l'utilisation des chambres à pression négative (isolement de type aérien)
- Politique encadrant la tenue vestimentaire.

- Établir des politiques, procédures et mesures de soutien en prévention et contrôle des infections
- Révision de la procédure pour les admissions d'usagers avec un diagnostic d'infection respiratoire.
- Révision de la procédure de gestion d'éclosion en CHSLD.
- Élaboration d'une procédure pour les usagers admis en soins palliatifs devant être placés en isolement.
- Élaboration d'une procédure de dépistage de l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) en cours d'hospitalisation.
- Collaboration à la rédaction du plan de gestion d'éclosion d'influenza et de gastro-entérite.
- S'assurer que les lignes directrices et les mises à jour produites par l'INSPQ sont disponibles et appliquées
- Mesures de prévention et contrôle de l'entérocoque résistant à la vancomycine – mise à jour des lignes directrices.
- Précisions sur la gestion d'une éclosion majeure de grippe saisonnière nosocomiale en milieux de soins.
- Précisions sur la gestion d'une éclosion majeure de cas de gastro-entérite infectieuse d'allure virale (Norovirus) en milieux de soins.
- Guide d'intervention – Grippe saisonnière en milieu d'hébergement et de soins de longue durée : prévention, surveillance et contrôle.
- Offrir le soutien et l'expertise de la conseillère en prévention et contrôle des infections aux groupes de travail et comités : comité de gestion des risques, table régionale de prévention des infections, comité sur l'usage optimal des antibiotiques, équipe qualité stérilisation et PCI.
- Évaluer annuellement le programme de prévention et contrôle des infections et dresser le bilan des réalisations.
- Faire le bilan des réalisations présenté à la rencontre du comité de prévention du 8 avril 2014 et adoption du plan d'action 2014-2015.
- Assurer une communication juste et pertinente sur les éléments du programme de prévention et contrôle des infections
- Diffusion des politiques et des procédures en fonction de la clientèle visée et des différentes installations du CSSS de Kamouraska
- Diffusion du tableau de bord « Surveillance des infections » à chaque période administrative.

Infections nosocomiales et indicateurs

Surveillance provinciale		
Infections	Données brutes	
	2013-2014	2012-2013
Diarrhée à <i>Clostridium difficile</i> (DACD)	5	9
Bactériémie à SARM	0	0
Entérocoque résistant à la Vancomycine (ERV)	1	0
Bactériémie (BACTOT)	0	0
SURVEILLANCE RÉGIONALE		
Nombre de nouveaux cas de colonisation	Données brutes	
Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline (SARM)	1	5
SURVEILLANCE LOCALE EN CENTRES D'HÉBERGEMENT		
Infections		
Diarrhée à <i>Clostridium difficile</i> (DACD)	0	1
Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline (SARM)	1	3

Objectifs 2014-2015

Suivi de l'état d'avancement des travaux des différents comités en lien avec le programme de PCI :

- Comité sur la surveillance de l'usage des antibiotiques.
- Sous-comité relativement à la visite d'Agrément.
- Comité aviseur des zones grises en hygiène et salubrité.

Mettre en place un programme de surveillance des infections urinaires sur sonde en CHSLD.

De plus, en lien avec les indicateurs de suivi du programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales, le comité de prévention et contrôle des infections se donne les objectifs suivants :

- en support à la direction des ressources humaines, s'assurer de l'application d'un programme de formation à l'embauche et d'un programme de formation continue sur la prévention et le contrôle des infections;
- en support à la direction des ressources humaines, travailler à améliorer la couverture vaccinale antigrippale des employés;
- conjointement avec la direction des ressources financières, techniques et informationnelles, élaborer une procédure d'achat des nouveaux équipements médicaux respectant les principes de PCIN et conformément à la circulaire ministérielle sur l'attribution des zones grises en hygiène et salubrité;
- élaborer un plan de communication (interne et externe) concernant les infections nosocomiales conjointement avec la personne responsable des communications.

Gaétan Lévesque, M.D.

Directeur des services professionnels



ANNEXE A – SUIVI DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE

Les enjeux cliniques du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 1 : L'action concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être

Orientation 1: Consolider l'action sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Intégrer des pratiques cliniques préventives en priorisant les problèmes suivants : Infections transmissibles sexuellement et par le sang	Ajouter des heures en soins infirmiers pour la promotion-prévention au Cégep La Pocatière	Bonification d'un 7/14 à un temps complet en soins infirmiers scolaires (secondaire et collégial) Activités de prévention faites Nomenclature des activités réalisées de prévention (liste des activités réalisées à faire)	100% En continu	Consolider nos activités de prévention actuelles dans la perspective de vieillir en santé.
	Réaliser un dépistage massif d'ITSS ¹⁶ auprès d'une centaine d'étudiants	Dépistage de masse fait en octobre 2012 - (102 échantillons recueillis) auprès de la population étudiante du Cégep de La Pocatière Rapport de statistiques	100% En continu	Revoir la pertinence de refaire les activités.
Habitudes de vie et maladies chroniques	Mettre en place un partenariat avec l'Arc-en-ciel du Cœur pour un sentier de marche	Entente de service avec l'Arc-en-ciel du Cœur renouvelé annuellement pour le développement d'un sentier de marche. À ce jour, il y a des sentiers de marche dans toutes les municipalités du Kamouraska.	100%	Maintenir le partenariat.
	Élaborer des PII pour le suivi des usagers (pour qui c'est requis) en maladies chroniques	À tous les mois, il y a une rencontre de l'équipe interdisciplinaire en maladies chroniques à laquelle les plans d'interventions sont élaborés pour la clientèle présentant des problématiques complexes. La mise à jour des plans d'intervention est aussi faite lors de ces rencontres.	100%	Faire une démonstration statistique du nombre de PII réalisés.
	Appliquer des cheminements cliniques pour le suivi des usagers des maladies chroniques.	Tous les usagers suivis par l'équipe des maladies chroniques sont suivis selon un cheminement clinique.	100%	S'assurer que la nouvelle trajectoire de service en maladies chroniques est en place.
	Planifier des rencontres entre l'équipe des maladies chroniques et les divers clubs sociaux et organismes communautaires.	L'équipe participe à deux ou trois rencontres par année.	100%	Maintenir l'objectif des rencontres.

¹⁶ ITSS : Infections transmissibles sexuellement et par le sang

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Chutes chez les personnes âgées	Réviser et déployer le programme de prévention des chutes du CSSSK.	Programme en révision. Comité mis en place et des rencontres d'échanges ont eu lieu	50%	Déployer le programme à toutes les instances du CSSSK.
Suicide	Intégrer un guide des bonnes pratiques en prévention du suicide.	Plusieurs bonnes pratiques ont été mises en place en lien avec les moyens mentionnés ci-dessous. Un plan d'action a été fait avec les partenaires du milieu pour d'autres activités dont : promotion des services d'aide auprès de la communauté, programme de désistement des armes à feu.	90%	S'assurer que chacun des intervenants puisse avoir le guide des bonnes pratiques en matière de suicide. Pourra être mesuré dans 2 ou 3 ans.
	Offrir la formation sur les bonnes pratiques en prévention du suicide (organismes communautaires, médecins, etc.)	La formation est offerte depuis 2011 : Six formations ont été données au Kamouraska. Cette formation est offerte à chaque année et en continu. Dix organismes du milieu ont reçu cette formation Seize intervenants du CSSSK ont reçu cette formation	100%	Continuer d'offrir des formations aux groupes communautaires.
	Développer des outils de dépistage pour toutes les clientèles.	Nouvelle grille d'estimation du risque suicidaire a été mise en place et utilisée au CSSSK depuis 2011.	100%	Continuer l'actualisation des grilles de dépistage.
	Faire un suivi étroit pour la clientèle à risque élevé.	En cours depuis 2010.	100% En continu	Continuer de faire le suivi étroit.
Optimiser les mécanismes de concertation et développer des actions de continuité des services visant à lutter contre les abus des aînés, la pauvreté, le décrochage scolaire et l'exclusion sociale dans le cadre du développement des communautés en santé.	Abus contre les aînés : Offrir la formation sur la maltraitance aux professionnels, non-professionnels, organismes communautaires.	Formation en place depuis août 2012 pour les professionnels, non-professionnels et organismes communautaires. En date du 31 décembre 2012, la formation a été offerte 4 fois : 2 pour les professionnels et 2 pour les non-professionnels et organismes communautaires	100% En continu	Continuer d'offrir la formation.
	Participer à une ou des conférences données par la Sûreté du Québec.	Pas eu de conférence par la Sûreté du Québec. Toutefois, elle s'intègre dans les rencontres sur les abus contre les aînés.	100% En continu	Susciter la participation de la Sûreté du Québec.

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Optimiser les mécanismes de concertation et développer des actions de continuité des services visant à lutter contre les abus des aînés, la pauvreté, le décrochage scolaire et l'exclusion sociale dans le cadre du développement des communautés en santé.	Pauvreté et exclusion sociale : Développer des actions avec les partenaires communautaires en lien avec les banques alimentaires.	Plan d'action élaboré avec les partenaires du milieu en 2011. Plusieurs comités de travail ont été mis en place afin de travailler sur des problématiques en lien avec l'exclusion sociale, dont une sur les banques alimentaires. La rencontre avec les différents comités de pauvreté de chacune des municipalités a eu lieu. Un nouveau concept de banque alimentaire a été mis en place à St-Pascal regroupant les municipalités de St-Bruno et Kamouraska.	75%	Consolider l'implantation en lien avec cet objectif.
	Aider les personnes à trouver où chercher de l'aide.	Un comité de travail en lien avec le plan d'action a été mis en place. Un bottin a été fait et une stratégie d'accompagnement a été mise en place.	100%	Stratégie d'accompagnement à maintenir.
	Décrochage scolaire : Créer un projet d'aide aux jeunes familles en partenariat avec Moisson Kamouraska	Mise en place du projet « Croque ta pomme » déployé à compter de mars 2013	90%	Continuer de développer le programme et intensifier le lien pour rejoindre les familles.
	Développer un pacte social pour la persévérance scolaire.	Participation à la table COSMOSS 6-17 ans et implication de notre CSSS dans chacune des actions concertées du plan d'action.	100%	Continuer la participation.
	Faire de la formation/sensibilisation auprès des partenaires du milieu pour la clientèle vulnérable.	Présentation du projet « Croque ta pomme », du programme L'EnTrain et des services de l'équipe EJJ ¹⁷ du CSSSK aux partenaires du RLS. Offre de formation aux partenaires par clinicien ex. : orthophonie pour MFK ¹⁸ . Partage de l'offre de service du CSSSK, des nouveaux programmes ou services par le biais des tables COSMOSS.	100%	Continuer la formation.

¹⁷ EJJ : Enfance, jeunesse, famille

¹⁸ MFK : MAISON DE LA FAMILLE DU KAMOURASKA

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Prévoir des actions visant la mise en place d'activités intersectorielles et concertées soutenant le vieillissement actif dans le cadre de l'offre de service aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et de consolidation de notre RLS.	Arrimer et consolider le partenariat avec Viactive. Mise en place d'activités pour soutenir le vieillissement en santé.	Consolidation à faire pour le recrutement des bénévoles. En place dans 14 municipalités du Kamouraska. Présence du CSSSK dans le support à Viactive. Concertation soutenue avec les municipalités et les organismes du milieu.	50%	Mise en place d'un programme structuré de promotion-prévention pour soutenir le projet vieillir en santé.
	Mettre en place des activités d'exercices du cerveau.	Activité « Gymnastique du cerveau » en place par l'Éducation des adultes et démarrée en 2010. De 2010 à 2012, 15 groupes ont participé à ces activités.	100%	Maintenir la cadence de cette activité.
	Participer à la table des proches aidants.	Présence à la table des proches aidants de la chef SAD ¹⁹ et de l'organisatrice communautaire attitrée au programme.	100%	Maintenir notre présence à ce groupe.
Effectuer la mise à jour du Plan d'action local en santé publique (PAL)	Réviser le plan d'action local en lien avec le plan régional.	4 rencontres de révision de notre plan d'action local (PAL) ont été réalisées. Présentation de l'avancement du projet au régional en novembre 2012. et dépôt du PAL final en mars 2013.	100%	Réalisation des activités du plan d'action. Plan déposé à l'Agence avant le 31 mars 2013.
	Consulter les partenaires du milieu pour valider le plan d'action local.	Présentation du projet de PAL au RLS en février 2013.	100%	

¹⁹ SAD : Soins (services) à domicile

Les enjeux cliniques du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 2 : La primauté des services de 1^{re} ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

Orientation 2: Améliorer l'accès aux services médicaux de 1^{re} ligne

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Collaborer à la mise en place du GMF.	Supporter les cliniques médicales à se former en GMF.	En opération depuis novembre 2011. Il ne reste qu'à obtenir l'interface de transmission des données CSSSK/GMF.	100%	S'assurer de la mise en place de l'interface.
	Identifier des modèles de collaboration interprofessionnelle pour une meilleure prise en charge de la clientèle plus vulnérable.	Augmenter les activités du programme des maladies chroniques.	Automne 2013 50%	Activités de promotion, maladies chroniques – équipe complète et dédiée. Intensifier la collaboration.
Augmenter éventuellement la proportion de la population inscrite au GMF.		D'après le rapport final du sondage de la firme de recherches et sondages SOM portant sur l'accessibilité aux médecins de famille dans la région sociosanitaire du BSL, 93,3% de la population de notre CSSS a un médecin de famille.	100% En continu	Équipe dédiée. Créer des liens avec le GMF et les autres équipes. Définir nos critères de référence.
Assurer la prise en charge des clientèles orphelines par les médecins de famille en priorisant les clientèles vulnérables	Guichet d'accès de la clientèle orpheline en opération depuis 3 ans.	Depuis l'instauration de ce guichet, plus de 2 000 usagers furent inscrits par l'intermédiaire de ce guichet, dont 1 031 en 2012. Présentement 240 usagers sont en attente de référence à un médecin de famille.	100%	Continuer de collaborer avec le GMF – guichet d'accès de la clientèle orpheline.
Soutenir l'intégration accrue des professionnels autres que les médecins et les infirmières dans le GMF.	Poursuivre le projet d'intégration de l'interdisciplinarité.	En accord avec les budgets alloués par l'Agence et le Ministère – d'autres professionnels pourront s'intégrer aux services offerts dans les GMF (nutritionniste, kinésio, ergo., inhalo., etc.).	80%	Mieux intégrer l'équipe des maladies chroniques au GMF.
Poursuivre les efforts de recrutement et de rétention des omnipraticiens.	Assurer une présence constante dans les salons pour le recrutement.	Comparativement aux autres CSSS du BSL, nous sommes relativement avantagés puisque nous avons atteint 86 % de notre plan d'effectifs médicaux en omnipraticien et qu'à l'été 2013, nous atteindrons le 90 %.	100%	Maintenir les efforts de recrutement.

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Intégrer progressivement des infirmières spécialisées en soins de 1 ^{re} ligne dans le continuum de soins.		<p>À envisager après une intégration maximale des infirmières et autres intervenants en GMF.</p> <p>À évaluer selon les besoins en santé communautaire.</p>	0%	Finaliser l'intégration des autres professionnels.

Les enjeux cliniques du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 2 : La primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

Orientation 3: Promouvoir l'utilisation des services Info-Santé et assurer l'accès à un service téléphonique pour les personnes éprouvant des problèmes psychosociaux

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Compléter l'inscription des clientèles vulnérables au service Info-Santé.	Inscrire les clientèles vulnérables au service Info-Santé.	L'inscription est faite lorsque la situation de l'usager le nécessite.	100%	Maintenir l'inscription.
Améliorer l'accès téléphonique pendant les heures d'ouverture des services pour les personnes éprouvant des problèmes psychosociaux.	Revoir le processus de travail à l'AEO ²⁰ social pour éviter le recours à la boîte vocale lorsque l'intervenant est déjà en ligne.	Un message mentionne d'interpeller le Centre de crise en cas d'urgence. À revoir AEO. Depuis le 13 février 2013, les appels sont basculés à la réceptionniste	100%	Augmenter les heures d'ouverture pour la prise en charge.
Donner rapidement accès aux personnes éprouvant des problèmes psychosociaux à un service téléphonique, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, selon une formule optimale en tenant compte de la disponibilité de l'expertise, de l'imputabilité du CSSSK et des marges de manœuvre financières requises.	Arrimer l'AEO social avec le service Info-Social régional et le Centre de crise.	Une équipe d'intervention de crise est en place depuis 2010. Elle est arrimée avec le service Info-social régional et le Centre de crise du BSL.	100%	Consolider une présence de l'accueil 7 jours / 7.

²⁰ AEO : Accueil, évaluation, orientation

Les enjeux cliniques du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 2 : La primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

Orientation 4: Assurer la continuité des services dispensés aux clientèles atteintes de maladies chroniques ou de cancer

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un suivi systématisé.	Améliorer les processus de référence à l'équipe des maladies chroniques pour les usagers hospitalisés à l'unité multiclientèle ou aux soins intensifs.	Démarche en cours, un projet de recherche et un suivi particulier sont en opération dans le but d'améliorer le suivi systématique.	75%	Finaliser les travaux en cours avec l'Agence de la santé et des services sociaux Avoir un registre des suivis systématiques.
	Participer au projet pilote du suivi systématique de la clientèle MPOC.	Déploiement complété.		Intégration du suivi systématique MPOC.
Assurer aux personnes atteintes de maladies chroniques des services de 1 ^{re} ligne par une équipe interdisciplinaire et une action intersectorielle concertée.	Mise en place de rencontres d'équipe interdisciplinaire avec élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire.	À tous les mois, il y a une rencontre de l'équipe interdisciplinaire en maladies chroniques à laquelle les plans d'intervention sont élaborés pour la clientèle présentant des problématiques complexes. La mise à jour des plans d'intervention est aussi faite lors de ces rencontres.	100%	Maintenir les activités interdisciplinaires et s'assurer de l'élaboration systématique des PI, PSI.
	Rencontrer des usagers suivis par l'équipe médicale du GMF.	À toutes les semaines, des membres de l'équipe des maladies chroniques se rendent dans les GMF pour y rencontrer des usagers en collaboration avec l'équipe médicale.	100%	Maintenir les équipes en GMF. Compiler statistiquement le nombre d'usagers rencontrés.
Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et leurs proches.	Créer une équipe interdisciplinaire en oncologie, incluant les médecins.	Mise en place des rencontres interdisciplinaires débutées en janvier 2013, introduction de l'élaboration des PII en février 2013. À consolider	80%	Systématiser la PII avec les équipes, poursuivre les équipes interdisciplinaires, consolider les pratiques, s'assurer de la mise en place des bonnes pratiques en oncologie.
	Réviser les trajectoires de référence en oncologie et au soutien à domicile.	Trajectoire révisée en juin 2012.	100%	S'assurer que la trajectoire soit optimale.
	Réviser le rôle de l'infirmière pivot.	Révision du rôle a été faite à l'automne 2011.	100%	À maintenir.
	Mettre en place une équipe médicale dédiée aux urgences oncologiques.	9 médecins se partagent la garde oncologique qui a débuté le 5 décembre 2011.	100%	À maintenir

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
	Mettre en place une équipe médicale pour répondre aux soins courants.	4 médecins se partagent les soins courants en oncologie depuis le 9 janvier 2012, cependant ce sont des suivis téléphoniques qui répondent partiellement aux besoins du suivi de la clientèle, poursuite de l'intégration printemps-été 2013.	50%	Poursuivre l'intégration, présence médicale sur le terrain (consolider avec l'arrivée de l'interniste).
	Élaborer le programme local du plan de lutte contre le cancer.	En cours d'élaboration. Il reste actuellement à élaborer le volet promotion et prévention du cancer. Par exemple, dépistage du cancer colorectal en lien avec la mise à niveau des nouvelles normes, le dépistage du cancer du sein, mettre en place des moyens pour augmenter le nombre de PAP-Test sur le territoire, centre d'abandon du tabac, etc. Une équipe médicale de garde pour l'oncologie est mise sur pied. Plusieurs procédures et ordonnances collectives ont été élaborées. L'équipe interdisciplinaire est en place. Le programme de soins palliatifs qui est un morceau du programme de lutte contre le cancer sera déposé au CA du 5 mars 2013.	75%	Présenter le programme et le déployer.
Améliorer l'intégration des pratiques cliniques préventives au continuum de services.	Avoir un formateur local pour l'intervention brève en soutien à l'arrêt tabagique.	Formation du formateur printemps 2013.	100%	Consolider le poste complet en inhalothérapie pour l'arrêt tabagique.
	Former les intervenants du scolaire, de la périnatalité et des maladies chroniques à l'intervention brève.	Automne 2013	100%	Formation à tous les intervenants
	Participer au comité local du CSSSK sur les saines habitudes de vie.	Il y a 4 membres des maladies chroniques qui participent au comité des saines habitudes de vie et à la réalisation d'activités.	100%	Maintenir la participation.

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
	Collaborer à l'élaboration et la réalisation du plan local de santé publique du CSSSK.	Participation à l'élaboration du plan d'action qui a été déposé à l'Agence en mars 2013.	100%	Collaborer à la mise en place des activités du plan.
Optimiser progressivement le rôle du pharmacien dans la communauté dans un contexte de collaboration interprofessionnelle.	Augmenter la présence de pharmaciens dans les équipes terrain.	Participation active des pharmacies communautaires dans la production du BCM ²¹ . Continuer à favoriser les supports des pharmacies communautaires avec le travail clinique des GMF	90%	Maintenir la collaboration
Assurer la fluidité et la continuité des services médicaux entre la 1 ^{re} , la 2 ^e et la 3 ^e ligne	Mettre en place l'infirmière de liaison – gestion de plan de service	Les fonctions et responsabilités sont élaborées. L'infirmière de liaison est en poste.	80%	S'assurer que c'est fonctionnel
Renforcer, éventuellement, le rôle des infirmières en GMF et assurer la participation des infirmières praticiennes spécialisées au continuum de soins (soins à domicile, en hébergement, en courte durée) de manière coordonnée avec les infirmières impliquées dans les cliniques d'enseignement et en suivi systématique		Actuellement, compte tenu du déploiement important de médecins de famille, nous n'identifions pas de besoin de développement d'IPS	0%	
Augmenter les activités de prévention et de promotion en matière des saines habitudes de vie.	Mettre en place un comité des saines habitudes de vie au CSSSK.	Un comité des saines habitudes de vie est en place depuis 2011. Le plan d'action est défini annuellement et fait l'objet d'un suivi régulier.	100%	Maintenir les activités
	Créer un poste de courtier en prévention/promotion des saines habitudes de vie (0-100 ans).	Les représentations régionales sont réalisées. Budget de développement reçu le 1 ^{er} avril 2013. Un préventionniste a été embauché.	100%	Maintenir l'équipe dédiée dans le contexte de la prévention des maladies chroniques.

²¹ BCM : Bilan comparatif des médicaments

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Augmenter le nombre de personnes qui reçoivent des services dans le cadre d'un programme de suivi systématique sur l'ensemble du continuum de services (MPOC, asthme, postinfarctus, etc.).	Réviser la trajectoire et les corridors de référence avec l'équipe médicale du Kamouraska.	Les médecins ont accepté la possibilité de l'autoréférence à l'équipe des maladies chroniques sans obligation de référence médicale formelle.	100%	Mettre en place le suivi systématique et le consolider.
Poursuivre le déploiement de notre politique alimentaire et le plan d'action en lien avec « Le Plan d'action gouvernemental pour la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir ».	Mettre en place un comité d'implantation de la politique alimentaire.	Comité de la politique alimentaire mis en place en 2009. Politique alimentaire entérinée en juin 2010 par le CA. Implantée totalement.	100% 100%	Poursuivre les activités
	Intégrer la politique alimentaire au CSSSK.	L'arrimage est à faire avec les distributrices à l'Hôpital, car elles sont sous la gestion de la Fondation.	85%	Finaliser le processus.
	Revoir les menus au CSSSK	Complété	100%	À maintenir.
	Revoir le contenu des distributrices et leur localisation.	Le contenu des distributrices appartenant au CSSSK a été ajusté selon notre politique alimentaire. Le contenu des distributrices appartenant à la Fondation n'est pas fait en fonction de la politique.	100%	Processus en cours Consolider les nouvelles façons de faire.
	Révision des menus offerts à la clientèle hospitalisée, hébergée et à la cafétéria.	Menus révisés.	100%	À maintenir.
	Mise à jour des menus à l'intérieur du système d'information « PROMENU ».	Mise à jour des menus dans le système informatique « PROMENU ».	100%	La mise à jour sera faite dans la prochaine année.

Les enjeux cliniques du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 2 : La primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

Orientation 5: Assurer la continuité des services aux jeunes en difficulté

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Intervenir de façon concertée par le biais d'ententes ou de mécanismes d'accès afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté.	Établir une entente avec le Centre jeunesse pour la mise en place du programme de négligence L'EnTrain.	Entente de service réalisée et programme implanté avec le Centre jeunesse.	100%	Maintenir les activités de l'entente.
	Établir un protocole d'entente TDAH ²² avec la Commission scolaire	Protocole d'entente signé en août 2012.	100%	Respecter nos engagements au protocole
	Mettre en place un mécanisme d'accès avec la pédopsychiatrie.	Mise en place du service de pédopsychiatre répondant aux six semaines dans le Kamouraska.	100%	Maintenir la mise en place.
	Établir une entente sur la supervision des droits d'accès avec la Maison de la famille du Grand-Portage.	Protocole d'entente de supervision des droits d'accès signé en septembre 2012 avec la Maison de la famille du Grand Portage.	100%	Réviser le protocole.
Collaborer à favoriser la continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse.	Réviser l'entente de service avec le Centre jeunesse.	3 rencontres de révision de l'entente de service ont eu lieu. L'entente a été conclue en 2014.	100%	S'assurer que le protocole est mis en place.
	Collaborer avec le Centre jeunesse.	Rencontre de nos deux équipes en septembre 2012 et en février 2013. Réalisation de plusieurs PSI conjoints et discussions cliniques au besoin.	100%	À maintenir.

²² TDAH : Troubles de déficit de l'attention, hyperactivité

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Collaborer à favoriser la continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse.	Implanter l'approche AIDES en partenariat avec les organismes jeunesse et le Centre jeunesse.	Reportée – Discussion à faire avec l'Agence sur les conditions gagnantes pour l'implantation (ex. : supervision clinique, formation, arrimage avec les partenaires communautaires).	50%	Finaliser les discussions avec l'Agence.
Accentuer les efforts de prévention/promotion auprès des jeunes en difficulté, notamment les jeunes de niveau secondaire.	Collaborer avec COSMOSS 6-17 ans pour des actions concertées.	Participation à la table COSMOSS 6-17 ans et implication du CSSS dans chacune des actions concertées du plan.	100%	À maintenir.
	Définir avec le milieu scolaire, la programmation en lien avec les besoins des écoles.	Rencontres de présentation des offres de service des intervenants qui œuvrent en prévention-promotion auprès des équipes-écoles primaires volontaires du Kamouraska. Tenue de 4 rencontres de planification de la programmation en lien avec l'approche « École en santé ».	100%	À maintenir.
	Rehausser le nombre d'heures/présence en soins infirmiers et travail social au niveau secondaire.	Bonification d'un 7/14 à un temps complet en soins infirmiers scolaires secondaire et en travail social. Passage de 0.4, ETC à 1.0, ETC en soins infirmiers.	100%	Évaluer le changement.
	Participer à la Table MSSS/MELS.	Participation des rencontres du comité KRTB.	100%	Maintenir la participation.
Améliorer les mécanismes de référence en ayant une considération importante sur la fluidité des services de la clientèle, la continuité des services, l'accessibilité rapide et le respect de la confidentialité des dossiers.	Réviser les trajectoires de services en jeunesse.	Révision de la trajectoire de services en jeunesse et application de la nouvelle trajectoire en janvier 2013.	100%	Maintenir les activités en lien avec la trajectoire.
	Mettre en place des guichets d'accès.	Mise en place d'un guichet d'accès jeunesse en janvier 2013.	100%	Évaluer la mise en place du guichet.

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Diversifier les modes d'intervention afin de répondre le plus adéquatement possible à la pluralité des différences individuelles.	Offrir un service à domicile ou en ressource communautaire pour les services en réadaptation jeunesse.	Services d'orthophonie, de physiothérapie et de nutrition offerts à domicile depuis 2012 pour les clientèles qui vivent en contexte de vulnérabilité.	100%	Maintenir les activités.
	Offrir un service de groupe support en soirée aux parents qui vivent avec un enfant TDAH.	Groupe de soutien aux parents TDAH (6 rencontres), démarré en septembre 2012.	100%	À maintenir.
	Offrir un groupe avec style d'animation non dirigée auprès des familles qui vivent en contexte de négligence.	Groupe L'EnTrain Kamouraska (2 sessions) : sept 2012 et mars 2013.	100%	Maintenir et développer
De concert avec les partenaires, sensibiliser, prévenir et intervenir en appui dans la lutte contre le décrochage scolaire.	Poursuivre notre implication avec COSMOSS.	Participation à la démarche COSMOSS et implication du CSSS dans chacune des actions concertées du plan.	100%	À maintenir.
Innover dans la mise sur pied de mesures pour soutenir les jeunes en difficulté et leurs parents dans les diverses localités de la MRC de Kamouraska.	Référer au plan d'action COSMOSS.	<ul style="list-style-type: none"> - 3 cliniques de développement dans 3 municipalités. - 3 sessions d'information en psychomotricité par notre ergothérapeute dans 3 municipalités. - 3 soirées d'information sur le développement du langage, en soirée, tenue par l'orthophoniste (milieu communautaire et points de service CLSC). - Participation à l'élaboration et à l'application des actions du PAL COSMOSS 0-5 ans, 6-17 ans, 18-30 ans. 	100%	À maintenir.

Les enjeux cliniques du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 2 : La primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

Orientation 6: Assurer la continuité des services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou aux prises avec une problématique d'abus ou de dépendance

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Assurer via notre guichet d'accès psychosocial (GAP), aux personnes qui le requièrent, des services de santé mentale de 1re ligne par une équipe interdisciplinaire et par une action intersectorielle concertée.	Mettre en place un guichet d'accès adultes/ainés	Mis en place depuis 2010 et révisé en 2012.	100%	À maintenir.
	Mettre en place une équipe interdisciplinaire.	Mis en place depuis 2010.	100%	À maintenir.
	Élaborer un outil de priorisation des demandes.	Mis en place depuis 2010.	100%	À maintenir.
	Référer aux organismes communautaires.	Mis en place depuis 2010.	100%	À maintenir.
Assurer par notre guichet d'accès psychosocial (GAP), l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves.	Procéder à la hiérarchisation des services avec le centre de réadaptation en toxicomanie.	Mis en place depuis 2011.	100%	À maintenir.
	Revoir les charges de cas SIV ²³ .	Fait en 2012.	100%	Revoir les charges de cas avec le nouvel outil « Évaluer la charge de cas ».
Améliorer l'intégration des pratiques cliniques préventives du suicide au continuum de services.	Offrir la formation des bonnes pratiques en prévention du suicide.	La formation est offerte depuis 2011.	100%	À poursuivre.
	Mettre en place un outil de dépistage systématique.	Mis en place du formulaire de demande de service à l'accueil clinique.	100%	À poursuivre.
	Déterminer un plan d'action concerté sur la prévention du suicide avec les partenaires locaux.	Le plan d'action a été fait en 2012.	100%	À actualiser.
Déterminer les mécanismes et les trajectoires de services pour assurer l'offre de service en dépendance, autant pour les services de base que pour les services spécialisés.	Établir une entente de service avec l'Estran et la Commission scolaire.	Entente écrite et conclue avec l'Estran.	80%	Entériner les ententes avec la commission scolaire.

²³ SIV : Suivi d'intensité variable

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Collaborer à assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins.	Dépister la clientèle susceptible d'avoir accès aux services de 2 ^e ligne.	Le dépistage est fait de façon systématique depuis 2012.	100%	À poursuivre.
	Acheminer les nouvelles références en 2 ^e ligne.	Les nouvelles demandes de 2 ^e ligne sont acheminées depuis 2012.	100%	À poursuivre.
Poursuivre nos efforts pour rejoindre les cibles du Plan d'action en santé mentale 2005-2010.	Dépister la clientèle susceptible d'avoir accès aux services de 2 ^e ligne.	Le dépistage est fait de façon systématique à l'accueil depuis 2012.	100%	À poursuivre.
	Acheminer les nouvelles références en 2 ^e ligne.	Les références sont faites systématiquement.	100%	À maintenir.
Finaliser l'organisation et la hiérarchisation des services pour notre territoire.	Poursuivre les travaux avec les partenaires du projet clinique en santé mentale.	Un plan d'action est en vigueur visant l'amélioration des services en santé mentale.	100%	Revoir le plan d'action.
Améliorer notre capacité de rejoindre et d'intervenir rapidement auprès des personnes en crise.	Mettre en place une équipe dédiée en intervention de crise dans le milieu.	En place depuis 2011.	100%	S'assurer que les activités soient maintenues.
Créer des mécanismes et des outils de référence simples, rapides et efficaces (guichet d'accès psychosocial (GAP)).	Réviser le formulaire de référence.	Formulaire révisé et distribué depuis 2010.	100%	À poursuivre.
Réaliser des activités de promotion et de prévention en santé mentale et en toxico/dépendance.	Élaborer des activités de promotion/prévention à l'aide des partenaires du milieu (ex : capsules radio, articles dans les journaux, etc.).	Un comité de prévention-promotion composé de partenaires du milieu est en place depuis 2010. Plusieurs activités annuelles ont été faites.	100%	Poursuivre nos activités.

Les enjeux cliniques du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 2 : La primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

Orientation 7 : Améliorer l'intégration et la coordination des services offerts aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Compléter la mise en place des composantes d'un réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie dans notre territoire de CSSS.	Appliquer le cadre de référence régional concernant le réseau de services intégrés en PPALV.	<p>Mise en place de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trajectoire des demandes de service de soutien à domicile. - Trajectoire d'une demande d'hébergement temporaire. - Trajectoire d'une demande d'hébergement permanent. - Création d'une unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF). - Contrats signés avec les ressources privées pour personnes âgées pour convalescence et répit. - Application du cadre de référence régional pour l'hébergement et ses mécanismes d'accès pour les personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement. 	100%	Poursuivre la mise en place.

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
<p>Collaborer à réviser le plan de mise en œuvre régional 2005-2010, toujours dans l'optique d'un maintien ou d'un rétablissement optimal de l'autonomie des personnes, en poursuivant :</p> <p>Le développement d'une approche gériatrique tant en milieu hospitalier, qu'en soutien à domicile incluant les services en centre de jour.</p> <p>Le rehaussement de l'offre de service aux personnes atteintes de déficits cognitifs et à leurs proches, et ce, dans une optique de suivi systématique.</p> <p>La prévention des chutes.</p>	Participer aux tables de concertation régionales concernant l'approche gériatrique.	Aucune rencontre régionale n'a lieu actuellement.	À venir	À faire.
	Implanter l'approche adaptée à l'Hôpital.	Mise en place des 4 préalables à l'implantation de l'approche adaptée.	75%	Continuer nos activités d'implantation.
Diversifier et diffuser les mesures de support intersectorielles destinées aux proches aidants.	Mettre en place un comité « proches aidants » en lien avec la Table de concertation des aînés.	Le comité « proches aidants » relève d'un organisme communautaire, il est en place depuis 2011 Notre CSSS y participe de manière active.	100%	Faire connaître nos activités de soutien.
	Offrir des séances d'information aux proches aidants.	Rencontres d'information aux proches aidants, 4 groupes/rencontre par année : 2 à La Pocatière et 2 à Saint-Pascal + conférence annuelle.	100%	Faire connaître nos activités de soutien.
Augmenter nos actions de promotion et de prévention auprès des personnes âgées dans l'optique qu'elles préservent leur autonomie.	Offrir des séances d'information aux proches aidants.	Rencontres d'information aux proches aidants, 4 groupes/rencontres par année : 2 à La Pocatière et 2 à Saint-Pascal + conférence annuelle.	100%	À poursuivre.
	Réaliser une fois par année un colloque des aînés.	Un colloque des aînés est réalisé une fois par année et est en place depuis plusieurs années.	100%	À poursuivre.

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
	Créer en partenariat avec les municipalités des interventions dans la communauté de saines habitudes de vie.	Mise en place d'une table de concertation sur les saines habitudes de vie. Projet Vieillir en santé.	10%	Réviser le modèle de concertation avec les partenaires.
Poursuivre l'implantation de l'approche milieu de vie en hébergement.	Identifier un ou des répondants porteurs de l'approche milieu de vie.	L'identification des répondants est faite.	100%	Faire l'évaluation de l'implantation.
	Poursuivre la formation sur l'approche milieu de vie.	Équipe de formation en place.	En continu	Poursuivre la formation.
Harmoniser les pratiques et les outils de travail à l'intérieur du CSSS et avec nos partenaires.	Implanter les outils SIPPA, PRISMA-7, ISO-SMAF relatifs au cadre de référence régional.	ISO-SMAF : depuis le printemps 2012, OEMC et ISO-SMAF sont intégrés systématiquement pour les demandes d'hébergement permanent et de plus, ils se doivent d'être mis à jour régulièrement.	100%	Poursuivre l'utilisation de ces outils et intégrer les partenaires à ces outils.

Les enjeux cliniques du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 2 : La primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

Orientation 8 : Améliorer l'accessibilité et la qualité des services de soutien à domicile et offrir des milieux de vie diversifiés et adaptés aux besoins des clientèles ayant des besoins spécifiques

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Collaborer à définir dans un cadre régional l'offre de service à domicile pour toutes les clientèles, en précisant la contribution des usagers en concordance avec le cadre ministériel.	Collaborer avec l'Agence à ce sujet.	Collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux.	100%	Continuer de collaborer.
Atteindre les cibles ministérielles sur la proportion de personnes rejointes par des services de soutien à domicile dans les différentes clientèles et sur l'intensité des services.	Réaliser un projet d'optimisation au soutien à domicile (SAD).	59 normes identifiées avec les infirmières à domicile (Atelier Kaizen - novembre 2012).	80%	Poursuivre l'implantation des 59 normes.
	Suivre les résultats de l'entente de gestion mensuellement.	Lors des rencontres d'équipe des gestionnaires, le suivi de l'entente de gestion se fait.	100%	À poursuivre lors des rencontres des gestionnaires.
Diversifier l'offre de service, si pertinent, par le développement des milieux de vie communautaire adaptés aux clientèles ayant des besoins spécifiques.	Réviser l'offre de service du centre de jour.	Avec la participation de l'équipe du centre de jour, une révision importante a été réalisée.	100%	Mise en place d'une nouvelle structure.
	Mettre en place une offre de service pour du répit sans hébergement.	En vigueur depuis le mois de novembre 2012 dans 17 ressources privées pour aînés.	100%	Maintenir l'offre du répit.
Améliorer l'accessibilité et la qualité des services de soutien à domicile.	Mettre en place un guichet d'accès.	En place depuis décembre 2012.	100%	Évaluer le fonctionnement du guichet d'accès.
	Revoir les critères d'accès au SAD.	Les critères ont été revus au printemps 2012.	50%	Aller mesurer le taux de satisfaction
	Évaluer la qualité au SAD.	Ils devront faire l'objet d'un retour auprès de l'équipe et d'une diffusion.		

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Améliorer la pratique des ergothérapeutes.	Ajouter certains types de professionnels au SAD (nutritionniste, travailleur social, inhalo, ortho, ergo, TRP, physio).	Quelques ajouts ont été effectués (nutritionniste, travailleur social, inhalo, ergo, physio, orthophoniste).	100%	Actualiser le plan de déploiement des effectifs au SAD.
	Mettre en place une équipe interdisciplinaire.	Depuis septembre 2012, les équipes interdisciplinaires se réunissent aux 3 semaines.	100%	Maintenir les rencontres. Optimiser la pratique des ergothérapeutes.
Consolider le développement des espaces sécuritaires pour les personnes atteintes de déficits cognitifs légers.	Augmenter le nombre de références pertinentes aux ergothérapeutes afin que celui-ci puisse soutenir le développement d'espaces sécuritaires.	Le guichet d'accès permettra de bien orienter les demandes. La révision des critères de priorisation est effectuée. Nous avons des places d'hébergement adaptées pour les gens ayant des déficits cognitifs.	100%	Faire une utilisation optimale de nos ressources.

Les enjeux cliniques du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 2 : La primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

Orientation 9: Consolider l'organisation des services en soins palliatifs de fin de vie

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Assurer un continuum de dispensation de services en soins palliatifs et de fin de vie dans notre territoire de CSSS, quel que soit le lieu de dispensation des services, mais en favorisant le soutien à domicile.	Élaborer un programme de soins palliatifs.	L'adoption du programme par le CA en mars 2013.	90%	Mettre en pratique les activités du plan.
	Mettre en place un comité d'accès de lits en soins palliatifs.	Début des rencontres du comité d'accès le 25 septembre 2012.	100%	À maintenir.
	Réviser les trajectoires de référence.	Trajectoire révisée	100%	Assurer l'efficience.
	Développer des outils de travail entre le soutien à domicile et l'infirmière pivot en oncologie (IPO).	<ul style="list-style-type: none"> - Le formulaire d'inscription, de collecte de données et de suivi pour le comité d'accès des lits en soins palliatifs a été mis en place. - L'échelle PPS mise en service en juin 2012 - Le formulaire d'admission mis en service en novembre 2012. - Le formulaire de collecte de données pour la référence en provenance du SAD a été mis en œuvre en décembre 2012. 	100%	À maintenir.
	Mettre en place une équipe interdisciplinaire en soins palliatifs.	L'équipe inter a été mise en place en janvier 2013, la trajectoire de référence est établie	100%	Maintenir les activités.
Rendre accessibles dans notre territoire de CSSS des lits dédiés aux soins palliatifs et de fin de vie pour la population du territoire, en respectant les critères pour la désignation de tels lits.	Créer trois lits de soins palliatifs à l'Hôpital.	Disponible pour la clientèle visée	100%	À consolider.
	Créer deux lits de fin de vie en CHSLD.	- 1 lit disponible au Centre d'hébergement	100%	À consolider.

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
		D'Anjou à compter de février 2013 - 1 lit disponible au Centre d'hébergement Villa Maria, Disponible depuis l'été 2013.		
	Inscription des usagers pour les suivis en oncologie et répondant aux critères à l'Info-Santé Web par l'IPO (infirmière pivot en onco).	Les usagers répondant aux critères sont inscrits à Info-Santé depuis le 21 février 2012.	100%	À maintenir.
	Établir un mécanisme de référence entre Notre CSSS et la Maison Desjardins de soins palliatifs du KRTB.	Le mécanisme est mis en place.	100%	À maintenir.

Les enjeux cliniques du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 3 : Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services

Orientation 10 : Assurer une répartition et une organisation optimale des ressources médicales spécialisées

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Maintenir les efforts de recrutement et de rétention des médecins en spécialité de base au CSSSK et en itinérance.	Participation aux journées Carrière et être proactif afin d'afficher les points positifs et les avantages de notre région.	Recrutement d'un médecin interniste pour juillet 2013. Augmentation des consultations en spécialité (pneumo., dermato., ortho. et éventuellement en opthalgo.).	En continu	Maintenir les efforts de recrutement.
Collaborer à soutenir la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée dans son mandat d'organisation des services médicaux spécialisés.	Participation active de notre représentant et interventions du DSP lors des rencontres régionales. Entretenir une bonne collaboration avec les autres CSSS.	Participation régulière aux rencontres	En continu	Maintenir les participations.
Redéfinir et améliorer les mécanismes d'accès et de référence.	Projet Lean au bloc opératoire et admission.	Le Kaizen est fait, les recommandations sont en implantation.	50%	Consolider les recommandations et l'implantation.
Améliorer la circulation de l'information clinique entre les partenaires de soins.	DCN performant et un service des Archives (transcription) optimal.	Depuis septembre 2012, les médecins ont accès aux rapports de consultation et de protocoles dans des délais raisonnables, c'est-à-dire, souvent de moins d'une semaine.	100% En continu	S'assurer du maintien d'un fonctionnement optimal.
	Faire la mise en place du DCN.	DCN en vigueur.	100%	Améliorer le fonctionnement.
	Faire la révision de l'arborescence à l'intérieur du DCN pour faciliter l'accès à l'information.	Arborescence révisée.	100%	Consolider l'arborescence.
	Rendre disponibles les résultats de laboratoire de façon électronique au GMF.	Interface pour les résultats de laboratoire doit être implantée par l'Agence.	50%	Interface mise en place par l'Agence.
Poursuivre la préoccupation d'accès à un médecin de famille et consolider le contexte de l'interdisciplinarité.	Fournir un support clérical maximal dans le cadre du guichet d'accès de la clientèle orpheline.	Activité réalisée de façon efficace.	100%	Continuer d'améliorer.

Les enjeux cliniques du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 3 : Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services

Orientation 11 : Assurer l'accès aux services thérapeutiques et diagnostiques

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Collaborer à assurer aux personnes en attente d'une chirurgie et inscrites au mécanisme central un accès dans un délai de 6 à 12 mois selon le type d'intervention.	Collaborer avec le régional sur ce point.	Nous n'avons pas d'attente pour la chirurgie.	100%	Continuer d'assurer qu'il n'y ait pas d'attente.
Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur de 28 jours.	Établir les ententes de service avec les centres référents (CHRG de Rivière-du-Loup et l'Hôtel-Dieu de Lévis).	Nous avons les ententes de service avec les principaux centres référents.	100%	Consolider les ententes.
Poursuivre la réduction de la durée des séjours sur civière à l'urgence en portant une attention particulière aux personnes de 75 ans et plus et aux personnes présentant des problèmes de santé mentale.	Intégrer une infirmière de liaison au à l'Hôpital.	Poste de liaison en place.	100%	Évaluer le rôle de l'infirmière de liaison.
	Favoriser les sorties de la clientèle en attente d'hébergement en CHSLD.	L'infirmière et les membres de l'équipe interviennent en prévention.	60%	Consolider l'implantation.
	Favoriser les sorties de la clientèle en attente d'hébergement en santé mentale.	Fluidité ajoutée entre les services. Clientèle prise en charge (statistiques).	100%	Maintenir un bon lien de collaboration avec l'équipe de deuxième ligne du CSSSRDL.
	Favoriser les sorties de la clientèle en attente de convalescence.	Places en convalescence disponibles.	100%	Évaluer la pertinence de ses places.
	Prise en charge des grands consommateurs de services.	Hébergement temporaire dans 14 résidences pour aînés.		

Les enjeux cliniques du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 3 : Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services

Orientation 12 : Assurer l'accès aux services de réadaptation et de maintien dans le milieu pour les personnes ayant une déficience

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Assurer un continuum de services favorisant une pleine participation sociale des personnes ayant une déficience par un ajustement de l'offre de service.	Mettre en place le modèle émergent en DI avec le CRDI.	Mis en place depuis avril 2012.	100%	Évaluer le fonctionnement du modèle émergent.
	Mettre en place une trajectoire de services.	Mise en place depuis avril 2012.	100%	Évaluer le fonctionnement du modèle émergent.
	Mettre en place des outils d'évaluation.	Mis en place depuis avril 2012 (OEMC).	100%	Évaluer le fonctionnement du modèle émergent.
Assurer aux personnes ayant une déficience l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente: 3 jours Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours au CSSSK et 90 jours en CR Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an.	Déployer le plan d'accès en déficience.	Le plan d'accès est déployé et respecté.	100%	Évaluer notre fonctionnement en regard des critères d'accès.
	Créer un guichet d'accès adultes/ainés.	En place depuis décembre 2012 en révisant le guichet en santé mentale.	100%	À maintenir.
	Créer un guichet d'accès jeunesse.	Mis en place depuis deux ans.	100%	À maintenir.
	Définir les critères de priorisation.	Mis en place en janvier 2013.	100%	À maintenir.
Diffuser et favoriser auprès des intervenants du CSSSK l'utilisation de guides cliniques visant à supporter leur pratique.	Offrir de la formation aux intervenants.	Formation de base a été donnée en mai 2012 à 30 intervenants du CSSSK.	100%	Continuer la formation.
	Élaborer un guide clinico-administratif.	Un guide a été fait en juin 2012.	100%	Consolider l'utilisation du guide.
Collaborer à assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et leur famille.	Mettre en place une trajectoire de services.	Mise en place depuis avril 2012.	100%	Évaluer la mise en place de la trajectoire.
	Définir et faire les plans de services individualisés (PSI).	En cours actuellement.	50%	Consolider la mise en place des PSI

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Collaborer avec le CRDI (modèle émergent) à récupérer notre clientèle, DI-TED, dite de première ligne au transfert des ressources du CRDI vers le CSSSK en conséquence.	Identifier les usagers potentiellement transférables au CSSSK.	Les usagers ont été identifiés.	100%	À maintenir.
	Procéder aux transferts.	Le transfert a été fait.	100%	
Collaborer à assurer aux personnes ayant une déficience intellectuelle l'accès aux services spécialisés de 2 ^e ligne.	Arrimer les guichets d'accès de 1 ^{re} ligne et 2 ^e ligne.	L'arrimage a été fait.	100%	Poursuivre les efforts
	Procéder aux références.	Références effectuées.	100%	Poursuivre les efforts
	Réaliser une clinique de dépistage des jeunes de 3 ans.	Trois cliniques de développement dans trois municipalités en 2012-2013 qui couvrent l'ensemble de la population.	100%	Poursuivre les efforts
Mettre en place pour la clientèle multiproblématique un mécanisme de prise en charge centré sur les besoins de la personne, allant au-delà des frontières des missions et programmes de chaque établissement.	Élaborer et actualiser les PSI.	Faire des PSI pour la clientèle multiproblématique.	100%	Consolider la pratique des PSI

Les enjeux cliniques du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 3 : Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services

Orientation 13 : Assurer l'accès aux services spécialisés pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Collaborer à assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès aux services spécialisés de 2 ^e et de 3 ^e ligne à l'intérieur de 60 jours.	Poursuivre les services de soins partagés en santé mentale entre la 1 ^{re} et la 2 ^e ligne.	En place : quatre à six rencontres par année (toujours à l'intérieur des 66 jours).	100%	Consolider la pratique.
	Participer à la table sous régionale en santé mentale.	Nous participons à cette table, quatre fois par année.	100%	Maintenir les activités.

Les enjeux cliniques du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 4 : La qualité des services et l'innovation

Orientation 14 : Soutenir l'implantation de standards cliniques, le transfert des connaissances et l'innovation

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Choisir et intégrer progressivement des pratiques cliniques probantes susceptibles de mieux répondre aux besoins de la population en lien avec l'INESSS.	Identifier les pratiques cliniques probantes susceptibles de mieux répondre aux besoins de la population dans chaque secteur.	Santé mentale : implantation du « Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide ».	50%	Consolider le retour des pratiques cliniques probantes.
Bénéficier des mécanismes de partage et de transfert des connaissances sur ces pratiques cliniques recommandées, en association principalement avec le MSSS, le RUIS Laval, les RUIJ en jeunesse, en déficience physique ainsi que le consortium INSPQ-UQAR et les trois Agences de l'Est.	Participer aux rencontres régionales portant sur les pratiques cliniques recommandées.	La participation aux rencontres se fait en fonction de l'offre faite par l'Agence.	100%	Identifier les mécanismes de partage, implication et collaboration.
Systématiser l'interdisciplinarité et la coordination des services.	Mettre en place des équipes interdisciplinaires dans les services et secteurs où il n'y en a pas (SAD, oncologie, CHSLD).	Plusieurs équipes interdisciplinaires sont en place.	100%	Formaliser le concept d'équipe interdisciplinaire dans notre établissement.
	Réaliser des plans d'intervention (PI) pour les clientèles les plus vulnérables.	Les plans se font en fonction du différent type de clientèles.	70%	Mise à jour, faire un suivi de nombre de PI – clientèle vulnérable, les identifier, objectifs du plan d'intervention.

Les enjeux cliniques du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 4 : La qualité des services et l'innovation

Orientation 18 : Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Maintenir en deçà des seuils établis les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale.	Application rigoureuse des lignes directrices du MSSS : dépistage, isolement, mesures d'hygiène et salubrité, mise en place de la Campagne canadienne d'hygiène des mains. Tournées quotidienne des unités de soins, renforcement auprès du personnel, rappel régulier des mesures de PCI.	Les résultats observés témoignent de la qualité et de la bonne gestion à cet égard. Voir le rapport du comité de prévention et de contrôle des infections. En continu	100% Plusieurs facteurs peuvent expliquer les taux d'incidences	Maintenir les activités
Améliorer l'application des mesures d'atténuation des risques. (gestion des risques).	Améliorer les tableaux de statistiques.	- Mai 2012 : Présentation au comité de gestion des risques des nouveaux tableaux statistiques comprenant maintenant un comparatif annuel. - Mai 2012 : Envoi des nouveaux tableaux aux gestionnaires et directeurs. - Janvier 2013 : Envoi d'un sondage aux gestionnaires pour évaluer l'efficacité et la pertinence des tableaux statistiques reçus afin d'apporter de nouvelles améliorations.	100%	Maintenir l'implication du gestionnaire.
	Impliquer les gestionnaires et les équipes.	- Octobre 2012 : Recommandations effectuées lors de la rencontre des gestionnaires de réaliser un tableau recensant les actions prises suite aux déclarations et d'en faire systématiquement part à leurs équipes en incluant un point « sécurité » lors des rencontres d'équipe.	100%	Consolider les activités en gestion des risques de façon continue.

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> - Les secteurs suivants appliquent actuellement la recommandation : <ul style="list-style-type: none"> - Pharmacie - Santé mentale - Langue d'origine - Laboratoire - Les secteurs suivants sont en cours de réalisation : <ul style="list-style-type: none"> - Soins ambulatoires - Unité multiclientèle - SAD 		
	Améliorer le processus de suivi des événements sentinelles.	Octobre 2012 : Présentation au comité de gestion des risques et lors de la rencontre des gestionnaires de la nouvelle structure de suivi visant une implication accrue des gestionnaires et de leurs équipes, nouvelle structure actuellement en expérimentation.	100% En continu	Poursuivre les évaluations des événements sentinelles.
Intégrer par le biais de différents moyens, le partage de connaissances et d'expertise en matière de prestation sécuritaire de services, d'agrément ou de toute autre mesure visant l'amélioration continue de la qualité.	Former et sensibiliser le personnel sur la prestation sécuritaire des services.	<p>Année 2011 : 28 rencontres (178 employés, gestionnaires, directeurs et médecins rencontrés).</p> <p>Année 2012 : 12 rencontres (79 employés, gestionnaires et directeurs rencontrés).</p> <p>2013 : 70 employés rencontrés en lien avec la gestion des risques. À chaque rencontre des gestionnaires, un point sur la gestion des risques et la qualité est abordé. Donc, 17 gestionnaires et directeurs ont reçu la formation.</p>	100%	Continuer les formations.
	Former les gestionnaires sur les audits.	Novembre 2012 : Formation donnée (10 gestionnaires et directeurs présents).	100% En continu	Maintenir ces formations pour les nouveaux gestionnaires.
	Informar les gestionnaires sur l'utilisation des cas traceurs.	Juin 2011 : Formation donnée (18 gestionnaires et directeurs présents).	100%	À poursuivre.

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
	Développer le plan d'amélioration continue et intégrer de la qualité.	Recommandations du comité stratégique qualité: sécurité avant tout mandat d'assurer l'application du plan d'amélioration continue de la qualité.	100%	Consolider le plan d'amélioration.
	Elaborer une politique sur les événements sentinelles.	Avril 2011 : Adoption de la politique au conseil d'administration.	100%	Évaluer la mise en place de la politique
Soutenir le comité d'évaluation de l'acte médical dans son rôle.	Participer régulièrement aux activités du CMDP.	Activités réalisées par la participation aux rencontres du CMDP, une fois par mois.	100%	À maintenir.

Les enjeux cliniques du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraski

Enjeu 5 : La mise en réseau des services de santé et des services sociaux

Orientation 16 : Consolider la mise en place de notre RLS

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
S'assurer de la présence d'actions spécifiques visant la consolidation de notre RLS.	Poursuivre et mettre à jour les projets cliniques.	La mise à jour des projets cliniques est actualisée depuis 3 ans. Un suivi est fait avec les partenaires, minimum 2 fois/année.	100%	Maintenir les activités des services diagnostiques
	Poursuivre les tables de concertation.	Les tables de concertation ont toujours lieu.	100%	À poursuivre
Profiter de formations ou d'activités de réseautage pour la consolidation de notre RLS ainsi que dans les ententes avec nos partenaires.	Inscrire le personnel du CSSSK aux formations offertes par les partenaires.	Formation offerte régulièrement au personnel.	En continu	À maintenir
Consolider le volet enseignement et milieu de stage du CSSSK.	Revoir le programme de préceptorat en soins infirmiers.	Le programme de préceptorat a été élaboré.	100%	À actualiser
	Augmenter le nombre de CEPI au CSSSK.	Des collaborations significatives avec le Cegep sont en cours. Plusieurs mesures d'attraction et de rétention sont directement liées au programme de préceptorat.	100%	À maintenir.
	Développer un programme d'accueil de stagiaires pour le CSSSK.	Le programme de préceptorat valorise le développement professionnel et tient compte des aspirations de chacune.	100%	Soutenir l'implantation du comité de recrutement.
	Intégrer des stagiaires pour tous les types d'emploi.	Elaboration d'un programme d'intégration des stagiaires 2014.	80%	À consolider.
	Mettre en place une banque de superviseurs de stage.	Automne 2013.	75%	À consolider.
Développer des créneaux d'excellence pour le CSSSK. Exemple, préserver notre reconnaissance « Ami des bébés » (IAB), devenir une référence régionale à cet égard et développer d'autres secteurs d'excellence.	Participer à une recherche avec le CSTPQ (Novika) sur la prévention des chutes à domicile.	Participation très active de Colombe Pelletier et professionnels de soutien à domicile et de l'Hôpital.	100%	Maintenir notre participation.

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
	Participer à AMPRO. ²⁴	Participation continue.	100%	Maintenir l'activité.
	Participer au préceptorat.	Participation continue.	100%	Maintenir l'activité.
	Maintenir la certification des certificateurs ANLS. ²⁵	Formation à jour. Trois personnes sont actuellement formées pour dispenser la formation.	100%	Maintenir l'activité.
	Maintenir les rencontres de suivi en lien avec IAB.	Rencontres du comité de périnatalité, 4 à 6 fois par année. Rapport d'évolution de situation réalisé conjointement par la répondante en allaitement local et la gestionnaire E.J.F.	100%	À consolider.
	Surveiller les critères IAB.	Réalisation de suivi de situation par la répondante en allaitement et gestionnaire (quantitatif et qualitatif). Retour des suivis de situation au comité de périnatalité. Poursuite des formations en allaitement auprès du nouveau personnel d'obstétrique et de périnatalité. Remise de la politique d'allaitement à chacun des nouveaux employés.	100%	Préparer la certification.

²⁴ AMPRO : Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux

²⁵ ANLS : Advance néonatal Life support

Les enjeux administratifs du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 6 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

Orientation 17 : Mettre en place les conditions nécessaires à la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée répondant aux besoins de la population de notre territoire

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Produire et mettre à jour annuellement notre plan de main-d'œuvre (PMO).	Actualiser le plan de main-d'œuvre (PMO)	Le PMO est fait et déposé à l'Agence	100%	À consolider.
Élaborer un plan de développement des ressources humaines (PDRH) cohérent avec les priorités organisationnelles et les objectifs de développement individuels.	Mise en place d'un comité PDRH.	Comité en vigueur.	100%	À maintenir.
	Établir les priorités.	Priorités identifiées : - l'accueil des employés - la reconnaissance, la motivation et la valorisation des employés - l'appréciation des employés - la mobilité et l'orientation de carrière - la progression de la relève et la planification de la main-d'œuvre.	100%	À maintenir.
	Faire un plan d'action PDRH.	Rédaction du plan d'action.	100%	À maintenir.
		Mise en place des mesures à l'intérieur du plan d'action.	80%	À maintenir.
Mettre en place des stratégies favorisant la présence au travail du personnel permettant le respect des cibles ministérielles, notamment en assurance-salaire, en heures supplémentaires et en main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers.	Promouvoir le programme PRATA + (programme de retour au travail adapté).	Les cibles ministérielles sont atteintes au niveau de l'assurance-salaire.	100%	Maintenir nos actions actuelles.
	Effectuer le plus possible d'assignations en travaux légers, promouvoir les retours progressifs, etc.	Le taux de CSST est très faible.	100%	Maintenir nos actions actuelles.
		Un projet sur les 12 heures de travail a	75%	Réduction du recours à la main-d'œuvre

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
	Exploration de diverses stratégies d'organisation du travail pour éviter l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante ou de temps supplémentaire (horaire 7/7 pour l'été, horaire de 12 heures, etc.).	été présenté durant l'année 2012. Révision des modalités d'assignation. Un projet d'horaire 7/7 est actuellement en vigueur.		indépendante (MOI). Poursuite des actions.
	Encadrer les arrêts de travail en faisant voir le personnel par le médecin désigné de l'employeur ou le faire voir en expertise.	Les arrêts de travail sont bien documentés.	100%	Maintenir nos actions actuelles.

Les enjeux administratifs du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 6 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

Orientation 18 : Offrir des conditions de travail et de pratique attrayantes et valorisantes

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Développer et actualiser des projets de révision de processus d'organisation du travail favorisant l'interdisciplinarité et ainsi préconiser une utilisation optimale et efficiente des compétences du personnel.	Développer des projets « LEAN » d'amélioration des processus de travail.	Au cours de l'année 2012-2013, quatre projets « LEAN » ont débuté	En continu	Terminer les projets en cours, les évaluer et identifier d'autres projets Lean
Participer au développement de stratégies favorisant le support nécessaire à l'encadrement des cadres intermédiaires et supérieurs.	Mise en place d'un projet de révision des conditions de travail du personnel d'encadrement.	Projet en cours	100%	Consolider le projet Lean avec les cadres.
Mise en place de mesures d'attraction, d'intégration et de rétention de la main-d'œuvre.	Participation aux foires de l'emploi.	Participation aux foires de l'emploi	100%	Maintenir nos actions actuelles.
	Présence dans les revues spécialisées.	Avances faites dans les revues spécialisées dans les sphères où nous avons des pénuries	100%	Maintenir nos actions actuelles.
		Programme de bourses	100%	Maintenir nos actions actuelles.
Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail par l'actualisation de Programme de soutien clinique, Volet préceptorat.	Poursuite du programme de soutien clinique.	Programme de soutien clinique en place	100%	Maintenir nos actions actuelles.
	Poursuite du programme de soutien préceptorat.	Programme préceptorat en place	100%	Maintenir nos actions actuelles.
Favoriser la mise en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du CSSSK.	Élaboration d'un plan d'action avec les données fournies par le sondage réalisé par Agrément Canada.	Plan d'action des pratiques de gestion en lien avec l'Agrément est élaboré	75%	À maintenir.
Planifier pour les cinq prochaines années nos besoins de main-d'œuvre (PMO) en indiquant les zones de vulnérabilité actuelles et anticipées.	Faire le PMO sur 5 ans.	La PMO annuelle est faite, mais faire une planification sur cinq ans.	0%	Planifier les besoins sur cinq ans.
Assurer le suivi de la PMO.	Faire mise à jour annuelle de la PMO	PMO révisé annuellement.	100%	Maintenir nos actions actuelles

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Établir, s'il y a lieu, des ententes de collaboration avec d'autres CSSS limitrophes considérant la réduction des effectifs prévus dans les secteurs administratifs par le MSSS pour les années 2010-2014.	Faire des discussions avec d'autres CSSS limitrophes sur secteur paie, approvisionnement et GBM	Confirmation du mandat de la paie régionalisée pour le CSSSK Discussion sur le dossier de l'approvisionnement, bureau d'expertise en gestion des immobilisations, GMO, service juridique et l'assurance-salaire.	100%	Consolider le dossier de la paie régionale du Bas-Saint-Laurent.
Consolider les habiletés de gestion du personnel d'encadrement.	Mise en place des séances de formation ciblées du personnel d'encadrement	Pratiques plus uniformes entre les différents services. Accès au programme ACE ²⁶ . Formation faite aux gestionnaires : <ul style="list-style-type: none"> Gestion de la présence au travail Être gestionnaire, quel défi Colloque cadre régional 	100%	Maintenir la formation du personnel d'encadrement.
Favoriser, selon les disponibilités budgétaires, le développement des connaissances, l'apprentissage en action et le concept du milieu apprenant.	Révision des programmes d'orientation pour le personnel.	Programme d'orientation révisé.	70% En continu	Mise à jour des différents programmes d'orientation.
Définir les rôles hiérarchiques et les rôles d'encadrement clinique et administratif en fonction des équipes.	Faire une description de tâches pour tous les cadres.	Description des tâches réalisées.	100%	À maintenir.
Partager clairement les rôles et fonctions attendus pour tous les intervenants.	Faire une description de tâches à tous les intervenants.	Description des tâches réalisées.	100%	À maintenir.

²⁶ ACE : Amélioration continue vers l'excellence

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Intégrer au programme d'orientation des nouveaux employés des activités de sensibilisation aux réalités de la communauté du Kamouraska.	Révision des programmes d'orientation pour le personnel	Programme d'orientation révisé	100%	Maintenir nos actions actuelles.
	Sensibiliser les nouveaux employés aux programmes d'accueil avec nos partenaires (exemple, Projektion 15-35).	Les nouveaux employés reçoivent dès leur embauche l'information sur nos partenaires dans le but de les sensibiliser aux réalités de la communauté du Kamouraska.	100%	À maintenir.
Poursuivre les activités de formation continue visant à développer les connaissances et habiletés associées aux meilleures pratiques selon les budgets disponibles, compressions du MSSS, respecter dans l'ordre les formations nationales obligatoires, régionales et locales.	Faire cueillette des besoins.	Les besoins sont identifiés.	100%	Revoir annuellement notre offre de service de formation.
	Élaboration d'un plan de formation.	Le plan de formation est fait.	100%	À maintenir.
	Approbation par le comité de direction.	À faire	100%	À consolider.
Instaurer un programme d'appréciation du rendement du personnel et développer des activités favorisant la reconnaissance et le plaisir au travail.	Faire politique d'appréciation du rendement	Politique faite et adoptée par le conseil d'administration le 12 avril 2011.	100%	À consolider.
	Faire procédure d'appréciation du rendement.	Procédure faite et approuvée au comité de direction le 27 mars 2012.	100%	À maintenir.
	Suivre l'évolution des appréciations du rendement du personnel.	Les formulaires d'appréciation du personnel sont portés aux dossiers. À faire par les gestionnaires au moins une fois/an.	30%	S'assurer que le gestionnaire évalue son personnel de façon régulière.
Favoriser les actions contribuant à améliorer l'encadrement professionnel des intervenants cliniques	Favoriser les évaluations de rendement du personnel comme une occasion d'échange entre le supérieur et l'employé dans le but de favoriser la formation ou le support d'autres intervenants.	Mesures d'amélioration prévues lors de l'appréciation du rendement du personnel et utilisation de nos conseillers cliniques, assistants au supérieur immédiat, chef d'équipe, etc. comme expert.	100%	À maintenir.

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Poursuivre les partenariats avec les milieux d'enseignement pour l'accueil des stagiaires et se préoccuper d'eux comme relève éventuelle.	Établir les liens avec les différentes maisons d'enseignement pour offrir la possibilité de faire faire les stages au CSSSK.	Signature de contrats avec les différentes maisons d'enseignement dans le but de leur garantir des places de stages (Cégep La Pocatière, Université Laval, UQAR).	100%	À consolider.
Se distinguer comme organisation afin d'augmenter l'attraction du CSSSK à l'égard de la main d'œuvre externe.	Être présent dans les différents salons de l'emploi et sur le web comme organisation	Augmentation de la visibilité en tant qu'organisation.	100%	À maintenir.
	Créer un bon climat de travail par des actions concrètes.	Plan d'action sur le diagnostic organisationnel à venir.	50%	Consolider le plan d'action et le faire vivre.
Préserver nos ressources internes.	Explorer et implanter des mesures de soutien (conciliation travail/famille/étude) en comité PDRH et faciliter la prise de congés prévus aux conventions collectives de travail (congé pour obligation familiale, congé de compassion, congé partiel sans solde, etc.)	Diminution du nombre d'absences maladies ponctuelles.	100%	À maintenir.
	Valoriser nos ressources à l'interne, favoriser le développement de carrière à l'interne et faciliter l'accès aux programmes de la reconnaissance des acquis avec les différentes maisons d'enseignement	Bonne mobilité des ressources dans l'organisation	100%	Programme de reconnaissance des acquis en place.
Établir des alliances avec des partenaires locaux et régionaux pour développer des mécanismes d'employabilité.	Mise en place d'un lien avec les partenaires locaux en participant aux tables régionales et locales des directions des ressources humaines (DRH).	Participation aux tables responsables de la région (Agence) Participation aux déjeuners-causeries locales (Kamouraska) des DRH Participation au programme relocalisation conjoint	100%	Maintenir nos actions actuelles.
Consolider notre préoccupation de recherche d'emploi pour les conjoints de nos nouveaux employés, ceux actuels et des médecins.	Mise en place avec les partenaires locaux d'un intranet WEB pour le placement des conjoints.	Participation continue à l'intranet WEB pour les placements des conjoints.	100%	Consolider nos actions actuelles.

Les enjeux administratifs du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 7 : Le développement des systèmes d'information en support à l'offre de service

Orientation 19 : Assurer l'accès, la circulation et l'intégration des informations cliniques et administratives

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Favoriser au plan régional et local la mise en place de systèmes d'information soutenant les pratiques cliniques et de gestion.	Participation aux divers comités régionaux sur les systèmes d'information.	Au besoin, participation de divers intervenants aux comités régionaux selon les dossiers.	100%	Maintenir nos actions actuelles.
Favoriser une utilisation optimale des ressources informationnelles misant notamment sur la mise en place de meilleures pratiques prenant en compte :	Préparation d'une liste de priorités des projets informatiques.	Liste des projets informatiques faite (DCN, dictée numérique, clients légers).	100%	Maintenir nos actions actuelles.
La priorité accordée au DSQ. Le moratoire de juin 2010 sur les nouveaux projets en technologie de l'information. La non-disponibilité en 2010-2011 de fonds issus du Plan quinquennal d'investissements en technologies de l'information.	Application de la circulaire sur la planification des projets en ressources informationnelles.	Dépôt au C.A. de la planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles (PTPARI).	100%	Maintenir nos actions actuelles.
Implanter le nouveau DCN.	Déploiement du DCN en remplacement du DPN.	DCN déployé le 5 novembre 2012 Réalisé au centre administratif et CLSC.	100%	Maintenir nos actions actuelles.
Déployer le DCN dans tous les sites du CSSSK et dans le GMF.	Déploiement du DCN dans tous les sites.	Déployé en centre d'hébergement et GMF mais pas en CLSC.	90%	À consolider.
Collaborer à l'éventuel déploiement du DCI régional.	Participation au comité d'experts régionaux.	Participation active de notre pilote du DCN au comité.	100%	À maintenir.

Les enjeux administratifs du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 8 : La performance globale du système de santé et de services sociaux

Orientation 20 : Optimiser l'utilisation des ressources financières et matérielles

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Prendre en compte les meilleures pratiques et les analyses de performance clinique dans les modalités d'allocations de ressources financières aux divers services du CSSSK.	Obtenir annuellement les rapports d'analyse financière comparative de l'Agence.	Réception des analyses financières comparatives.	100%	
	Analyse par toutes les directions.	Analyse envoyée aux directeurs.	100%	Développer une analyse comparative.
Assurer une allocation équitable des ressources dans notre CSSS.	À chaque année, la révision des budgets se fait par direction selon les besoins cliniques et historiques.	Budget annuel révisé.	100%	Maintenir nos actions actuelles.
Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources. Mettre à contribution l'approche Lean.	Identification des projets d'optimisation dans le but de répondre à la demande de l'Agence à l'intérieur du budget 2012-2013.	Dépôt au CA des mesures d'optimisation 2012-2013 (réduction loyer La Pocatière, cafétéria, buanderie, fin de contrat PPP, etc.)	100%	À maintenir.
	Mise en place de projet « LEAN » dans le but d'optimiser nos processus.	Projets « LEAN » en cours	100%	À chaque année, faire l'évaluation des projets LEAN en cours et prioriser les nouveaux projets.
Produire un plan directeur immobilier intégré	Révision du plan directeur clinique immobilier (PDCI), déposé en 2010 par le CSSSK.	PDCI révisé	100 %	Actualiser le plan.
Supporter les directions et services à l'égard de la recherche de l'efficacité des services de RCGT et de l'Agence.	Obtenir annuellement les rapports d'analyse financière comparative de l'Agence.	Réception des analyses financières comparatives annuelles.	100 %	À maintenir.
	Analyser les résultats par directions.	Présentation et explication aux directions.	100%	Utiliser de façon plus efficace les analyses afin d'optimiser nos façons de faire.
Dégager une marge de manœuvre pour soutenir nos changements.	Révision de l'offre de service au PPALV.	Transformation PPALV. Réinvestissement dans les services SAD et dans le rehaussement des services en hébergement.	100%	Poursuivre les efforts de réorganisation.

Les enjeux administratifs du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 8 : La performance globale du système de santé et de services sociaux

Orientation 21 : Analyser les partages pertinents de services inter-établissements et inter-Agences

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Collaborer à la réflexion entre établissement sur un partage éventuel de services sur le plan administratif.	Participation au niveau régional à tous les projets d'optimisation administrative (Forum DG).	Obtention du projet de la paie régionale au CSSSK. Participation aux projets régionaux sur les services juridiques, approvisionnement, assurance-salaire, GBM, bureau d'expertise en gestion des immobilisations.	100%	Maintenir notre participation.

Les enjeux administratifs du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 9 : Les communications internes-externes

Orientation 22 : Implanter le plan et la politique de communication

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Faire adopter au conseil d'administration la politique et le plan de communication interne-externe.	Revoir la politique et le plan de communication.	Évaluation des moyens proposés dans la politique	70%	À adopter.
Développer un plan d'implantation sur trois ans en lien avec la politique et le plan de communication.	S'assurer que les différents moyens de communication soient optimisés.	Les gestionnaires ont été sensibilisés à l'importance d'une communication efficace avec leur équipe de travail Nous avons demandé à chacun des gestionnaires de prévoir aux moins quatre rencontres de leurs équipes de travail	60%	À maintenir.
Actualiser le plan de communication.	Faire connaître la révision du plan de communication accepté par le CA.	Révision du plan en cours.	50%	À consolider.

Les enjeux administratifs du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Enjeu 10 : La gouvernance

Orientation 23 : Revoir la gouvernance du CSSSK

Objectifs	Moyens	Résultat obtenu	Degré d'atteinte de la cible (en %)	Commentaires
Revoir l'organisation et le fonctionnement du conseil d'administration du CSSSK en vertu de la Loi sur la gouvernance en instance d'adoption.	Création du comité de gouvernance et d'éthique, adoption des règlements de fonctionnement du comité de gouvernance et d'éthique, organisation d'une formation sur le rôle du CA. Offrir aux membres du CA une formation sur la gouvernance.	Le comité de gouvernance est opérationnel. Les règlements de fonctionnement sont adoptés. Une formation sur le rôle des administrateurs a eu lieu.	75%	Offrir une formation sur la gouvernance
Définir les rôles et responsabilités du conseil d'administration et du Président avec le directeur général.	Revoir le règlement 01 dans le but de bien situer les relations entre les différentes instances de la gouvernance.	Révision en cours.	50%	Révision du règlement 01
Définir le coffre à outils du conseil d'administration.	Mise en place d'un tableau de bord pour suivre l'évolution des différentes activités cliniques, stratégiques et financières de l'organisation.		0%	Le comité de gouvernance va proposer au CA un tableau de bord
Intégrer les préoccupations d'Agrément Canada en matière de gouvernance.	Faire le suivi des recommandations d'Agrément Canada en matière de gouvernance.	Identification des cinq éléments de changement proposés par Agrément Canada pour améliorer la gouvernance. Présentation au conseil d'administration des éléments de changements identifiés par Agrément Canada	50%	Implanter les changements proposés par Agrément Canada

ANNEXE B – RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

MALLETTE

Normes canadiennes

500 rue Saint-Jacques
Montréal, Québec H2Y 1A9
Téléphone : 514 552-5455
Télécopieur : 514 552-5759
Courriel : info@mallette.ca

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats et de la variation des actifs nets (dette nette) pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de Santé et des Services sociaux de Kamouraska pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2014. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de Santé et de Services sociaux de Kamouraska.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de Santé et des Services sociaux de Kamouraska pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre de Santé et des Services sociaux de Kamouraska pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés (suite)

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2014. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, lors de l'application initiale de la nouvelle norme de CPA Canada SP3410 – Paiements de transfert, la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs. Ceci a pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de transfert ayant fait l'objet d'un vote des crédits annuels par l'Assemblée nationale. Cette situation constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, puisque les revenus de transferts assortis de critères d'admissibilité mais non assortis de stipulations doivent être comptabilisés lorsque le transfert est autorisé et que tous les critères d'admissibilité sont atteints. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers. Les incidences de cette dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2014 et 2013 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de Santé et des Services sociaux de Kamouraska au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de actifs nets (dette nette), gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date.

Mallette S.E.N.C.R.L.

Mallette S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Rivière-du-Loup, Québec
Le 12 juin 2014

*CPA auditrice, CA, permis de comptabilité publique no A113347

MALLETTE

ANNEXE C - EXTRAITS DES ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CSSS de Kanouraska

1104-3379

200-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2014-AUDITÉE

ÉTATS DES RÉSULTATS

	Budget	Exploitation Ex. courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex. courant C2+C3	Total Ex. préc
	1	2	3	4	5
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (FI-P408) 1	40 516 123	41 504 357	2 673 128	44 177 485	43 210 909
Subventions Gouvernement du Canada (FI-P294) 2					
Contributions des usagers 3	3 321 894	2 494 002	XXXX	2 494 002	3 130 147
Ventes de services et recouvrements 4	337 360	643 222	XXXX	643 222	466 928
Donations (FI-P294) 5	30 000		61 355	61 355	61 271
Revenus de placement (FI-P302) 6	48 000	44 355	5 421	49 776	63 621
Revenus de type commercial 7			XXXX		
Gain sur disposition (FI-P302) 8					
... 9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
... 10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI-P302) 11	389 885	246 563		246 563	331 554
TOTAL (L.01 à L.11) 12	44 643 262	44 932 499	2 739 904	47 672 403	47 264 430
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales 13	30 551 047	30 873 459	XXXX	30 873 459	30 602 563
Médicaments 14	1 775 362	1 513 369	XXXX	1 513 369	1 611 701
Produits sanguins 15	557 051	381 674	XXXX	381 674	467 981
Fournitures médicales et chirurgicales 16	1 113 389	948 442	XXXX	948 442	1 043 409
Denrées alimentaires 17	565 414	545 965	XXXX	545 965	597 689
Rebutions versées aux ressources non institutionnelles 18	2 401 978	2 784 908	XXXX	2 784 908	2 136 361
Frais financiers (FI-P325) 19	700 374		644 085	644 085	598 568
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations 20	564 536	1 055 261	9 031	1 064 292	552 845
Créances douteuses 21		633	XXXX	633	14 036
Loyer 22	64 187	79 603	XXXX	79 603	
Amortissement des immobilisations (FI-P422) 23	1 900 000	XXXX	2 125 479	2 125 479	1 900 288
Perte sur disposition d'immobilisations (FI-P420, 421) 24		XXXX	1 682	1 682	1 841
... 25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
... 26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI-P325) 27	5 329 628	5 651 176		5 651 176	6 024 066
TOTAL (L.13 à L.27) 28	45 521 966	43 834 490	2 780 277	46 614 767	45 651 328
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28) 29	(878 704)	1 098 009	(40 373)	1 057 636	1 613 102

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.péc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	314 633	1 517 846	1 832 481	219 379	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	314 633	1 517 846	1 832 481	219 379	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	1 098 009	(40 373)	1 057 636	1 613 102	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7	(702 922)	702 922	0		
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10	(702 922)	702 922			
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	709 720	2 180 397	2 890 117	1 832 481	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX			
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	2 890 117	1 832 481	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	2 890 117	1 832 481	

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.péc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	2 917 110	941 602	3 858 712	4 273 032
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE: p.362, FI: p.408)	3	686 373	178 644	865 017	1 159 820
Autres débiteurs (FE: p.360, FI: p.400)	4	757 523	54 501	812 024	512 304
...	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(49 992)	49 992	0	
Subvention à recevoir (perçu d'avance) - réforme comptable (FE: p.362, FI: p.408)	7	3 426 849	(993 024)	2 433 825	1 171 461
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9		75 442	75 442	54 463
...	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p.360, FI: p.400)	12	76 340		76 340	40 523
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	7 814 203	307 157	8 121 360	7 212 133
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FI: p.403)	14		538 780	538 780	1 647 832
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: p.362, FI: p.408)	15				
Autres créiteurs et autres charges à payer (FE: p.361, FI: p.401)	16	3 007 519	231 921	3 239 440	3 842 308
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	859 057	859 057	1 059 172
Intérêts courus à payer (FE: p.361, FI: p.401)	18		178 644	178 644	127 856
Revenus reportés (FE: p.290 et 291, FI: p.294)	19	1 245 654	1 487 626	2 733 280	2 702 641
...	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FE: p.361, FI: p.403)	21	XXXX	22 930 989	22 930 989	21 217 580
Passifs environnementaux (FI: p.401)	22	XXXX			
Passif ou titre des avantages sociaux futurs	23	3 480 208		3 480 208	3 577 510
...	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p.361, FI: p.401)	25	32 678	200	32 878	56 085
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	7 766 059	26 227 217	33 993 276	34 240 984
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	48 144	(25 920 060)	(25 871 916)	(27 028 851)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: p.420, 421, 422)	28	XXXX	28 100 457	28 100 457	28 352 829
Stocks de fournitures (FE: p.360)	29	378 780	XXXX	378 780	403 684
Frais payés d'avance (FE: p.360, FI: p.400)	30	282 796		282 796	104 519
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	661 576	28 100 457	28 762 033	28 861 332
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	709 720	2 180 397	2 890 117	1 832 481
<i>Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638.01 et 638.02)</i>					
<i>Éventualités (pages 636-01 et 636-02)</i>					
<i>Colonne 2: Établissements publics seulement</i>					
<i>Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro</i>					
<i>Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement</i>					

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

	Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex. Courant (C2+C3)	Total - Ex. Précédent
	1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(27 028 852)	(193 870)	(26 834 982)	(26 548 737)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3				XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(27 028 852)	(193 870)	(26 834 982)	(26 548 737)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200 L.29)	5	(878 704)	1 098 009	(40 373)	1 057 636
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:					
Acquisitions (FI.P421)	6	(2 545 000)	XXXX	(1 874 788)	(1 874 788)
Amortissement de l'exercice (FI.P422)	7	1 900 000	XXXX	2 125 479	2 125 479
(Gain)/Perte sur dispositions (FI.P208)	8		XXXX	1 682	1 682
Produits sur dispositions (FI.P208)	9		XXXX		
Reduction de valeurs (FI.P420, 421-00)	10		XXXX		
---	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
---	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
---	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	(645 000)	XXXX	252 373	(2 215 612)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:					
Acquisition de stocks de fournitures	15	11 500	XXXX		
Acquisition de frais payés d'avance	16	25 000	(178 277)	(178 277)	
Utilisation de stocks de fournitures	17	(25 000)	25 204	XXXX	25 204
Utilisation de frais payés d'avance	18	(12 500)			93 111
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	(1 000)	(153 073)	(153 073)	122 366
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20		(702 922)	702 922	0
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(1 524 704)	242 314	914 922	1 156 936
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(28 553 556)	48 144	(25 920 060)	(25 871 916)
					(27 028 852)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit)	1	1 057 636	1 613 102
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Créances douteuses	2	633	14 036
Provisions liées aux placements et garanties de prêts	3		
Stocks et frais payés d'avance	4	(153 073)	122 396
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	5	1 682	1 541
Perte (Gain) sur disposition de placement	6		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	7		
- Autres	8	30 939	769 613
Amortissement des immobilisations	9	2 125 479	1 900 288
Réduction de valeur des immobilisations	10		
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	11		
Amortissement de la perte(gain) de change reporté	12		
Amortissement de l'escompte et de la prime	13		
Autres	14		
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.14)	15	2 005 360	2 808 174
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	16	(734 405)	(1 530 211)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement (L.01 + L.15 + L.16)	17	2 328 591	2 591 065

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS

Immobilisations:

Acquisitions	18	(1 874 788)	(4 117 741)
Produits de disposition	19		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations (L.18 + L.19)	20	(1 874 788)	(4 117 741)

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT

Variation des placements de portefeuille:

Placements effectués	21		
Produit de disposition et de rachat de placements	22		
Placements réalisés	23		
Variation d'autres éléments:			
Subvention à recevoir - Réforme comptable	24	(1 262 364)	(1 590 495)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement (L.21 à L.24)	25	(1 262 364)	(1 590 495)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

ACTIVITÉS DE FINANCEMENT

Exercice courant
1 Exercice précédent
2

VARIATION DES DETTES:

Emprunts effectués - Dettes à long terme	1	9 493 606	4 133 530
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2	(6 764 947)	(1 585 582)
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(1 015 251)	(836 819)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4	(213 115)	(215 234)
Capitalisation de l'escompte et de la prime	5		
Capitalisation des gains ou pertes de change	6		
Variation des emprunts temporaires effectués - fonds d'exploitation	7		
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	8	8 421 573	4 532 570
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	9	(9 493 606)	(4 127 370)
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	10	(37 019)	(135 991)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	11		

VARIATIONS D'AUTRES ÉLÉMENTS:

Fonds d'amortissement du gouvernement	12		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de financement (L 01 à L 12)	13	394 241	1 762 714
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P 208-00, L 17+L 20+L 25 + P 208-01, L 13):	14	(414 320)	(1 054 457)

TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	4 273 032	5 327 489
--	----	-----------	-----------

TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L 14 + L 15)	16	3 858 712	4 273 032
--	----	-----------	-----------

TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:

Encaisse	17	3 858 712	4 273 032
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L 17 + L 18)	19	3 858 712	4 273 032

AUTRES RENSEIGNEMENTS:

IMMOBILISATIONS:

Comptes à payer sur les immobilisations	20	231 921	
---	----	---------	--

INTERÊTS:

- Intérêts créditeurs (revenus)	21	813 724	
- Intérêts encaissés (revenus)	22	434 589	
- Intérêts débiteurs (dépenses)	23	621 712	
- Intérêts déboursés (dépenses)	24	443 068	

PLACEMENTS TEMPORAIRES

Échéance inférieure ou égale à 3 mois:			
- Solde au 31 mars de l'exercice précédent	25		
- Solde au 31 mars de l'exercice courant	26		
Échéance supérieure à 3 mois:			
- Solde au 31 mars de l'exercice précédent	27		
- Placements effectués	28		
- Placements réalisés	29		
- Solde au 31 mars de l'exercice courant (L27 + L28 - L29)	30		

VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
AVOIRS FINANCIERS:			
Espèces, effets en main et dépôts en circulation	1		
Débiteurs Agence-MSSS	2	294 803	(307 890)
Autres débiteurs	3	(299 220)	14 002
Créances interfonds et interétablissements	4		
Intérêts courus à recevoir sur placement	5		
Frais reportés liés aux dettes	6	(20 949)	(4 926)
Autres éléments d'actifs	7	(35 817)	(16 406)
Provision pour créances douteuses	8	(633)	(14 036)
Escompte ou prime	9		
Chèques en circulation	10		
Créditeurs Agence-MSSS	11		
Autres créditeurs et frais à payer	12	(802 868)	(2 888 172)
Intérêts courus à payer sur emprunts	13	50 788	(20 960)
Avance de fonds en fidécommiss	14		
Transfert du gouvernement du Canada à rembourser	15		
Dettes interfonds et interétablissements	16		
Provision pour perte sur les interventions financières garanties	17		
Revenus reportés à court terme	18	(23 207)	(1 869 333)
Passifs environnementaux	19		
Avances en provenance des agences - enveloppes décentralisées	20		
Autres éléments de passifs	21	(97 302)	3 577 510
Excédent des éléments du passif sur les avoirs financiers reliés au fonctionnement (L01 à L21)	22	(734 405)	(1 530 211)

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Numéro

Note

RÉSULTATS

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS PRINCIPALES indiqué à la page 202, ligne 5 et 7 est traité de la façon suivante :

Le résultat se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 395 087 \$ après transfert au fonds d'immobilisations (voir tableau ci-contre) et est imputé au solde des ACTIVITÉS PRINCIPALES :

4

Surplus avant transfert fonds d'immobilisations	1 098 009
Moins transfert au fonds d'immobilisations	(702 922)
Excédent des revenus sur les charges après Transfert au fonds d'immobilisations	<u>395 087 \$</u>

STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Il a pour mandat d'offrir :

De maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population de la MRC de Kamouraska en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Kamouraska.

5

Le siège social de l'établissement est situé à Saint-Pascal. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de la MRC de Kamouraska.

En vertu des lois fédérales et provinciales de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu.

DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

6

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard des montants de l'actif et de passif comptabilisés, sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels ainsi que sur les montants des revenus et des charges comptabilisés.

Les principaux éléments pour lesquels la direction a établi des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, le passif au titre des avantages sociaux futurs.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés au moment où ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle de l'établissement excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel.

Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passés aux résultats au fur et à mesure que l'établissement bénéficiaire rencontre les stipulations.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement.

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou du Québec, ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées payées ou à payer sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Ils sont donc constatés à titre de charge de l'exercice.

Salaires

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux dépenses de l'exercice.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à évaluer les montants des revenus correspondants.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties

de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pouvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés sous la responsabilité de l'établissement, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'il, en est informé et qu'il est possible d'en faire une estimation raisonnable.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement.

La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice. Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, le gouvernement du Québec ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2013-2014.

Pour les terrains non répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement concerné doit comptabiliser ses passifs environnementaux après avoir préalablement obtenu une autorisation du ministère de la Santé et des Services Sociaux ainsi qu'une subvention à recevoir de celui-ci.

Les passifs environnementaux sont présentés au fonds d'immobilisations.

Avantages sociaux futurs

Les obligations à long terme découlant des congés de maladie et de vacances accumulés, de congé parental et d'assurance-salaire sont comptabilisées dans les passifs au titre des avantages sociaux futurs.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Elles sont amorties selon la méthode linéaire selon leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Amenagements des terrains : 10 à 20 ans
Bâtiments : 20 à 50 ans
Matériels et équipements : 3 à 15 ans
Équipements spécialisés : 10 à 25 ans
Matériel roulant : 5 ans

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Stock de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen.

Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, l'établissement utilise un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

Le fonds d'exploitation : Fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);

Le fonds d'immobilisations : Fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

Activités principales : Elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence.

Activités accessoires : Elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres

d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes conventions comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 23 avril 2013.

Les éléments suivants ont eu pour effet de modifier le budget adopté initialement de façon importante au cours de l'exercice :

Comparaison du budget initial avec réel au 31 mars 2014

Activités principales et accessoires

Revenus	Budget	Activités principales	Écart	Réf.
Subventions Agence et MSSS	38 681 123 \$	41 358 830 \$	-2 707 727 \$	Note 1
Contribution des usagers	3 321 894 \$	2 494 062 \$	827 892 \$	Note 2
Ventes de services et recouvrements	337 360 \$	643 222 \$	-305 862 \$	Note 3
Revenus de placement	40 000 \$	44 355 \$	-4 355 \$	
Autres revenus :				
Fonds santé au travail (SAT)	194 934 \$	197 910 \$	-2 976 \$	
Stationnement	110 000 \$	92 996 \$	17 004 \$	
Revenus de stage d'enseignement	10 000 \$	6 657 \$	3 343 \$	
Escomptes de caisse et intérêts TVQ/TPS	15 000 \$	20 029 \$	-5 029 \$	
Contributions autres établissements	45 000 \$	32 027 \$	12 973 \$	
P.N.C.P.	12 451 \$	12 451 \$	0 \$	
Total des revenus :	42 767 762 \$	44 932 499 \$	-2 164 737 \$	
Charges				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	30 551 047 \$	30 878 459 \$	-322 412 \$	Note 4
Médicaments	1 775 362 \$	1 512 369 \$	261 993 \$	Note 5
Produits sanguins	557 051 \$	381 674 \$	175 377 \$	
Fournitures médicales et chirurgicales	1 113 389 \$	948 442 \$	164 947 \$	Note 5
Denrées alimentaires	565 414 \$	545 965 \$	19 449 \$	
Rétributions aux res. non institutionnelles	2 401 978 \$	2 784 908 \$	-382 930 \$	Note 6
Entretien et réparations	549 536 \$	1 055 261 \$	-505 725 \$	Note 7
Créances douteuses	0 \$	633 \$	-633 \$	
Loyers	64 187 \$	79 603 \$	-15 416 \$	
Autres charges	5 328 628 \$	5 651 176 \$	-322 548 \$	Note 8
Total des charges :	42 906 592 \$	43 834 490 \$	-927 898 \$	
Surplus (Déficit) de l'exercice	-138 830 \$	1 098 009 \$	-1 236 839 \$	

Note 1

Avance et récurance ressources intermédiaires	251 000 \$	
Mensues liées conv. collectives, pharmaciens et cadres	54 000 \$	
Avance on-site de conciliation 14-02-2013 équité	148 000 \$	
Indexation spécifique	-401 000 \$	
Financement équipements médicaux	142 000 \$	
Amenagement locaux personnes âgées	130 000 \$	
Amenagement locaux paie régionalisée	220 000 \$	
Renouvellement téléphone	66 000 \$	
Soutien financier équilibre budgétaire 13-14	162 000 \$	
Plan action personnes âgées FINESSS	283 000 \$	
Projet SARDEM III	119 000 \$	
Autres	344 100 \$	
Variation revenus reportés	426 000 \$	
Rectificatif sur les contributions usagers	763 000 \$	
Total :		2 797 100 \$

Note 2

Fermeture du centre Thérèse-Martin	600 000 \$	
Baisse de revenu au centre Villa Maria	200 000 \$	
Total :		800 000 \$

Note 3

Recouvrement assurance	178 300 \$	
Recouvrement travaux La Montée	29 400 \$	
Recouvrement loyer La Montée	10 000 \$	
Prêt de service DPSI	48 000 \$	
Recouvrement saines habitudes de vie	11 000 \$	
Autres	20 000 \$	
Total :		306 700 \$

Note 4

Dépensement de la masse salariale en lien avec les mesures liées aux conventions collectives et de l'équité salariale	200 000 \$	
Dépensement du taux horaire travaillé dû à la main-d'œuvre indépendante	319 400 \$	
Coût de l'assurance salaire à la baisse	576 000 \$	
Coût de la formation et de l'orientation plus élevé	179 000 \$	
Total :		1 274 400 \$

Note 5

Fermeture du centre Thérèse-Martin en lien avec l'indexation spécifique

Note 6

Augmentation des coûts des rétributions en lien avec les revenus

Note 7

Dépenses en lien avec les sinistres au centre Villa Maria (dégât d'eau et incendie) et au centre hospitalier (bris électrique)	194 000 \$	
Devis travaux aménagement de locaux	94 400 \$	
Bris équipements médicaux	126 000 \$	
Réaménagement centre Thérèse-Martin	62 000 \$	
Déménagement et aménagement des CLSC	26 000 \$	
Autres	3 300 \$	
Total :		505 700 \$

Note 8

Contrats de service achetés professionnels	114 500 \$	
Contrats de service achetés autres	71 500 \$	
Charges non réparties avec l'augmentation des revenus	121 800 \$	
Autres	14 700 \$	
Total :		322 500 \$

INSTRUMENTS FINANCIERS

8

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le ministère de la Santé et des Services sociaux détermine le format du rapport financier annuel applicable

aux établissements. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par la Loi en ce sens, et par le fait que les données financières de l'établissement sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'applique pas la norme sur les instruments financiers.

L'établissement ne détenait pas au 31 mars 2014 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire. Cependant, selon le chapitre SP 3450 Instruments financiers, la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES AUX RISQUES FINANCIERS

L'établissement est exposé à divers risques par le biais de ses instruments financiers. La direction a mis en place des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels.

Risque de crédit : Le risque de non-recouvrement est atténué du fait que les soldes à recevoir proviennent d'un grand nombre de clients et d'organismes gouvernementaux.

Risque de liquidités : L'établissement est exposé au risque de liquidité principalement en ce qui a trait à ses dettes d'exploitation, à ses emprunts bancaires et à sa dette à long terme. L'établissement établit des budgets et prévisions de liquidités afin d'assurer la disponibilité de fonds nécessaires pour remplir ses obligations dans un avenir prévisible.

MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses dépenses en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'année financière.

Selon les résultats fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2014, l'établissement a respecté cette obligation légale.

ÉVENTUALITÉS

Poursuite

Une poursuite, d'un montant de 118 931 \$, a été intentée contre l'établissement par un regroupement de ressources intermédiaires concernant leur taux de rétribution. La direction de l'établissement croit au bien-fondé de sa défense et continue de faire valoir ses droits devant les tribunaux. De l'avis de la direction, il est présentement impossible d'évaluer le dénouement du litige et le montant, le cas échéant, que l'établissement pourrait être appelé à verser. Conséquemment, aucune provision ne figure aux états financiers.

Griefs

Différents griefs ont été déposés contre l'établissement. Aucune provision n'est comptabilisée aux états financiers et les montants, le cas échéant, que l'établissement pourrait être appelé à verser, seront comptabilisés lors du déboursé.

SERVICES À TITRE GRATUIT

L'établissement fournit, à titre gratuit, un local à la Fondation de l'hôpital Notre-Dame-de-Fatima inc. et assume des frais d'entretien et de services téléphonique et informatique.

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	38 661 123	41 306 447	197 910	41 504 357	39 399 418
Subventions Gouvernement du Canada (C2 P290/C3 P291)	2					
Contributions des usagers (P301)	3	3 321 894	2 494 002	XXXX	2 494 002	3 130 147
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	337 380	643 222	XXXX	643 222	466 928
Donations (C2 P290/C3 P291)	5					
Revenus de placement (P302)	6	40 000	44 355		44 355	54 404
Revenus de type commercial (P351)	7		XXXX			
Gain sur disposition (P302)	8					
...	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	387 385	153 567	92 096	246 563	328 663
TOTAL (L 01 à L 11)	12	42 767 752	44 641 593	290 906	44 932 499	43 379 560

CHARGES

Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2 P320/C3 P351)	13	30 551 047	30 699 641	173 818	30 873 459	30 602 563
Médicaments (P750)	14	1 775 362	1 513 369	XXXX	1 513 369	1 611 701
Produits sanguins	15	557 051	381 674	XXXX	381 674	487 981
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	1 113 389	948 442	XXXX	948 442	1 043 409
Denrées alimentaires	17	565 414	545 965	XXXX	545 965	597 569
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	2 401 978	2 784 908	XXXX	2 784 908	2 136 361
Frais financiers (P325)	19			XXXX		
Entretien et réparations (C2 P650 c/a 7800)	20	549 536	1 055 261		1 055 261	523 938
Créances douteuses (C2 P301)	21		633		633	14 036
Loyers	22	64 187	73 917	5 666	79 603	
...	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	5 328 628	5 565 793	85 383	5 651 176	6 024 069
TOTAL (L 13 à L 24)	25	42 906 592	43 569 603	264 887	43 834 490	43 021 724
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L 12 - L 25)	26	(138 830)	1 071 990	29 019	1 098 009	357 836

Annexe D - CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Centre de santé et de services sociaux
de Kamouraska



CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DES MEMBRES DU
CONSEIL D'ADMINISTRATION
DU
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA

Adopté en février 1998

TABLE DES MATIÈRES

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	3
2. DEVOIRS ET OBLIGATIONS.....	3
3. DEVOIRS SPÉCIFIQUES.....	4
3.1. Les mesures de prévention.....	4
3.2. L'identification de situations de conflits d'intérêts.....	5
3.3. Régir ou interdire des pratiques liées à la rémunération de ces personnes.....	6
3.4. Les devoirs et les obligations de l'après-mandat.....	6
4. RÉGIME DE SANCTIONS.....	7
5. ENQUÊTE ET IMMUNITÉ.....	8
6. LA PUBLICATION DU CODE.....	8
LES ANNEXES	
Annexe A - Engagement personnel.....	9
Annexe B - Serment ou affirmation de discrétion de toute personne chargée de faire enquête.....	10
Annexe C - Déclaration des intérêts d'un administrateur autre le directeur général.....	11
Annexe D - Déclaration des intérêts du directeur général.....	12

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

2. DEVOIRS ET OBLIGATIONS

- 2.1 Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux;
- 2.2 Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement;
- 2.3 Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil;
- 2.4 Le membre du conseil d'administration présent à une réunion du conseil doit voter lorsque requis;
- 2.5 Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa formation;
- 2.6 Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité;
- 2.7 Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance;
- 2.8 Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;
- 2.9 La conduite d'un membre du conseil d'administration doit être empreinte d'objectivité et de modération;
- 2.10 Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions.

ADOPTÉ EN FÉVRIER 1998

3. DEVOIRS SPÉCIFIQUES

3.1 Les mesures de prévention

- .1 Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.
- .2 Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires;
- .3 Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement;
- .4 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;
- .5 Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général;
- .6 Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue;
- .7 Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement;
- .8 Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

3.2 L'identification de situations de conflits d'intérêts

- .1 Le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante;
- .2 Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause;
- .3 Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration;
- .4 Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration;
- .5 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration :
 - est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés;
 - n'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;
- .6 Le membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public;
- .7 Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision;
- .8 Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

3.3 Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes

- .1 Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté;
- .2 Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions;
- .3 Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi;
- .4 Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

3.4 Les devoirs et les obligations de l'après-mandat

- .1 Le membre du conseil d'administration doit, **après l'expiration de son mandat**, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil;
- .2 Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

4. RÉGIME DE SANCTIONS

- 4.1 Tout manquement ou omission concernant une norme ou un devoir prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction;
- 4.2 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration;
- 4.3 Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie;
- 4.4 Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête;
- 4.5 Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration;
- 4.6 Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne;
- 4.7 Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés;
- 4.8 Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi et au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné;
- 4.9 La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation;
- 4.10 Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

5. ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

- 5.1 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions;
- 5.2 Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter serment ou faire l'affirmation solennelle. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule contenue à l'annexe B du présent code.

6. LA PUBLICITÉ DU CODE

- 6.1 L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande;
- 6.2 L'établissement doit publier dans son rapport annuel le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration;
- 6.3 Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :
- du nombre et de la nature des signalements reçus;
 - du nombre de cas traités et de leur suivi;
 - de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
 - des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

ANNEXE A

ENGAGEMENT PERSONNEL

Chaque membre du conseil d'administration doit signer l'engagement suivant
dont l'original sera conservé dans les registres du conseil

J'ai pris connaissance du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil
d'administration du **CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA** et je
m'engage à m'y conformer.

Date

Signature

ADOPTÉ EN FÉVRIER 1998

ANNEXE B

SERMENT OU AFFIRMATION DE DISCRÉTION DE TOUTE PERSONNE CHARGÉE DE FAIRE ENQUÊTE

Si le président ou le vice-président demande une enquête, il est essentiel d'en assurer la confidentialité. C'est pourquoi toute personne chargée de faire enquête doit signer la déclaration qui suit.

Je, _____, jure (ou affirme solennellement) que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé(e) par la Loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de ma charge.

Date _____

Signature _____

ADOPTÉ EN FÉVRIER 1998

ANNEXE C

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS D'UN(E) ADMINISTRATEUR (TRICE) AUTRE QUE LE DIRECTEUR GÉNÉRAL

Je, _____ administratrice,
administrateur de l'établissement **CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE
KAMOURASKA**, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec l'établissement mentionné ci-haut ou qui sont susceptibles d'en faire. *Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.*

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec l'établissement mentionné ci-haut ou qui est susceptible de le devenir. *Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés.*

3. J'occupe les emplois suivants : *préciser l'emploi et nommer l'employeur.*

Emploi

Employeur

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____, LE _____

Signature de l'administratrice ou de l'administrateur

ADOPTÉ EN FÉVRIER 1998

ANNEXE D

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Je, _____

Directeur général du **CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA**, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat de services professionnels avec un autre établissement régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. *Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises ainsi que les établissements concernés :*

2. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est susceptible de conclure un contrat avec un autre établissement régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. *Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées :*

3. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non. *Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés.*

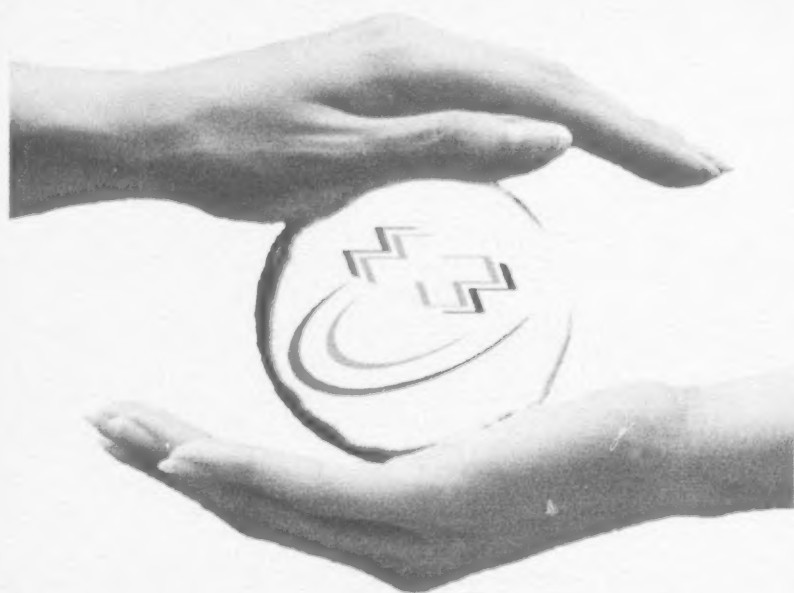
4. J'occupe un autre emploi auprès d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non. *Préciser l'emploi et nommer l'employeur :*

Emploi _____ Employeur _____

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____, LE _____

Signature du directeur général

ADOPTÉ EN FÉVRIER 1998



29^e RAPPORT ANNUEL
31 DÉCEMBRE 2013

Fondation de l'Hôpital de
Notre-Dame-de-Fatima

MISSION

Sensibiliser les principaux secteurs de la population à l'importance de leur rôle afin que le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska soit en mesure de répondre aux besoins de santé et sociaux des citoyens du Kamouraska et maintenir ces services dans le milieu Kamouraskois.



Message du président du conseil et de la directrice 3-4

Présentation du conseil d'administration 5

Événements et activités 2013 6

États Financiers 7

Calendrier 2014 8

Remerciements 8

Les donateurs d'hier à aujourd'hui 8



MESSAGE du président

C'est avec grande fierté que l'équipe de la Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima vous présente son 29^e rapport annuel d'activités. Une fois de plus, les donateurs et collaborateurs ont fait preuve de générosité à l'égard de notre organisme. Cet appui indéniable nous permet de poursuivre nos efforts de mobilisation et de concertation afin de soutenir, jour après jour, le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska dans sa mission.

Le conseil d'administration, qui est formé de 11 membres qui prennent à cœur leur rôle, s'est réuni à 5 reprises afin d'orienter les actions prioritaires de notre Fondation. C'est avec regret que nous avons accepté la démission de M. Yvan Tardif et c'est avec une grande tristesse que nous apprenions en cours d'année, que deux piliers de notre organisation nous quittaient : le Dr Raymond Marie-Raymond et M. Léopold Vocelle. Ces hommes nous laissent un souvenir inégalé de leur engagement et nous les remercions de nous avoir soutenus tout au long de leur mandat. Afin de leur succéder, nous avons accueilli Mme Lyne Pelletier, adjointe administrative chez Thibault GM – La Pocatière, Mme Jacinthe Chénard, adjointe administrative au CSSS de Kamouraska et Mme Marielle Bélanger, présidente de l'Auberge Cap Martin de La Pocatière. Nous sommes choyés de pouvoir compter, parmi les membres du conseil, des personnes d'expérience et des philanthropes avertis.

Depuis 1983, la Fondation a amassé plus de 2,5 M\$, qui ont été réinvestis dans notre région. Un fait demeure : si la Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima constitue le lien entre le CSSS de Kamouraska et les généreux donateurs, il n'en demeure pas moins que c'est d'abord et avant tout au CSSS de Kamouraska que la collectivité manifeste son attachement. Elle reconnaît ainsi la qualité des soins et services reçus au Kamouraska.

Plusieurs projets se sont concrétisés au courant de l'année dont l'élargissement du projet Oncologie-Soins palliatifs par l'aménagement de chambres dédiées aux soins palliatifs en CHSLD, c'est-à-dire au Centre D'Anjou de Saint-Pacôme et au Centre Villa Maria de Saint-Alexandre. De plus, certains services du CSSS ont bénéficié d'octrois financés par la Fondation pour un total de 90 365 \$ tels que : le service Enfance-Jeunesse-Famille, le service ambulatoire gériatrique, le service de chirurgie, l'obstétrique, le service d'inhalothérapie-maladies chroniques, etc.

En terminant, je désire remercier l'équipe de la Fondation pour son enthousiasme, ses compétences et son engagement, jour après jour. Sa contribution est remarquable et permet de maintenir notre cap sur l'excellence. Enfin, MERCI à nos donateurs et bénévoles qui rendent possible toutes ces réalisations et nous motivent à aller encore plus loin.

Gaétan Lévesque, M.D.
Président

MESSAGE de la directrice générale

Chaque année qui commence nous amène à réfléchir à ce que furent les 12 mois qui l'ont précédée. Plus encore, on se souvient alors de celles et ceux qui nous ont permis de progresser et de poursuivre notre mission.

Or, en 2013, la Fondation, à l'aube de ses 30 ans d'existence... poursuit avec rigueur et passion, l'œuvre de Sœur Cécile Malenfant, pionnière de notre organisation. Elle maintient son rôle de premier plan dans le développement harmonieux du CSSS de Kamouraska.

L'effort colossal déployé depuis 30 ans se chiffre maintenant à plus de 1,5 millions de dollars redistribués pour le bien-être de toute une collectivité. Mais il est aussi, d'abord et avant tout, une affaire de... cœur. Le mot « MERCI », bien qu'il soit toujours trop court pour exprimer notre gratitude, demeure de mise.

2013 une année de réalisations exceptionnelles

L'année 2013 s'est démarquée par l'excellence de nos résultats et a confirmé l'attachement et la fidélité de nos donateurs, nos partenaires d'affaires et de nos collaborateurs. En demeurant le partenaire financier de première ligne pour le CSSS de Kamouraska, la Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima a consolidé et maintenu son soutien infaillible.

Cette année encore, nos collectes de fonds, grand public et provenant de partenariats ont affiché une belle progression. L'année 2013 a généré une injection d'argent neuf de l'ordre de 90 365 \$ en achats d'équipements médicaux et des projets de santé précis portant ainsi le total de ses apports, depuis 30 ans, à plus de 1 million de dollars.

Un fait s'impose : notre croissance ne tient pas du hasard. Elle est le résultat de l'écoute et du respect des besoins de la communauté, de notre responsabilité envers elle. Mais bien plus encore... de notre volonté de rassembler les forces de notre milieu pour faire quelque chose de grand, permettant de réaliser de beaux et grands projets.

Comme l'a bien dit la grande actrice italienne Eleonora Duse : « En vieillissant, on ne peut avoir qu'un seul regret, celui de ne pas avoir donné assez de nous-même ». C'est dans l'esprit de cette citation que, sous la conduite de cette grande organisation, je vais continuer à donner plus de moi-même, à vous, à la communauté, à l'avenir.

Merci de nous aider à faire plus... à faire mieux

Sophie Robichaud
Directrice générale

PRÉSENTATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Au 31 décembre 2013, le conseil d'administration de la Fondation est composé de 11 membres actifs et dévoués. Pour mener à bien les projets de la Fondation, ils s'impliquent aux différentes activités et à la représentation régionale.

À la fondation depuis 2009, Dr Gaétan Lévesque poursuit son mandat à la présidence de la Fondation avec cette équipe d'administrateurs qui y croient.

Merci à ces gens de cœur!

Exécutif

Président
Dr Gaétan Lévesque
DSP CSSS de Kamouraska

Vice-président
M. Pierre Marchand, pharmacien
Co-fondateur

Secrétaire
Mme Aline Fortin
Co-fondatrice

Administrateurs

Mme Marielle Bélanger
Présidente
Auberge Cap Martin

Me René Chamard
Avocat
Membre Lions

Mme Jacinthe Chénard
Adjointe administrative
CSSSK

M. Mario Chouinard
Directeur Caisse populaire
l'Anse de La Pocatière

M. André Gagnon
Directeur Caisse populaire
Centre de Kamouraska

Mme Guylaine Ouellet
Infirmière gestionnaire
CSSSK

Mme Lyne Pelletier
Adjointe administrative
Thibault GM – La Pocatière

M. Daniel Petit
Directeur général Interim
CSSSK

Direction

Mme Sophie Robichaud
Directrice générale
Employé depuis 2010





ÉVÉNEMENTS ET ACTIVITÉS

Voici une brève description des principales activités de collectes de fonds de la Fondation pour l'année en cours.

16^e ÉDITION TOURNOI DE LA SANTÉ

2^e juin 2013 au Club de golf de Saint-Pacôme

Partenaires majeurs : Regroupement des caisses
Desjardins du Kamouraska
Famiprix St-Pascal
Uniprix La Pocatière

Président d'honneur : M. Yvan Tardif, dg.
Commission scolaire de
Kamouraska-Rivière-du-Loup

Sommes nettes
amassées : **18 606 \$**



22^e ÉDITION SOUPER BÉNÉFICE LIONS-FONDATION

9 novembre 2013 au Collège de Ste-Anne

Partenaires majeurs : Regroupement des caisses
Desjardins du Kamouraska
Famiprix St-Pascal
Uniprix La Pocatière

Présidente d'honneur : Mme Aline Fortin,
Co-fondatrice de la Fondation.

Sommes nettes
amassées : **5 538 \$**



Projet financé :
Achat d'une table de
réanimation néo-natale

33 223 \$

20^e ÉDITION GRAND MC DON

8 mai 2013 au Restaurant Mc Donald - La Pocatière

Offert et organisé par : M. Richard Juneau, prop

OPÉRATION ENFANT SOLEIL 2013

20 mars 2013 CSSS de Kamouraska

Fond Marie Soleil Tougas

Projet financé :
Achat de deux bilirubinomètres,
un moniteur-signes vitaux
et deux peses-bébés.

15 474 \$



7^e ÉDITION COURSE CLAUDIE-OUELLET

17 mai 2013 Écoles primaires et secondaires

Offert et organisé par :

Élèves de l'École secondaire Chanoine-Beaudet
Commission-Scolaire Kamouraska-Rivière-du-Loup

5 090 \$



Projet financé :
Achat d'un appareil
« Fréquenceur » pour
le soutien à domicile

2 746 \$

2^e ÉDITION CONCERT DE NOËL

8 décembre 2013 à l'Église de St-Pascal

Partenaires : Comité Art et culture de St-Pascal
Ville en Santé



1 425 \$

BAS DE NOËL GÉANT À GAGNER

22 décembre 2013 CANADIAN TIRE LA POCATIÈRE

Offert et organisé par : M. Christopher Lusier, prop.



ÉTATS FINANCIERS



RÉSULTATS EXERCICE TERMINÉ LE 31 DÉCEMBRE 2013

PRODUITS	2013 (\$)	2012 (\$)
Activités	76 717	61 750
Dons et cotisations	17 164	25 611
Virements des apports reportés	51 427	33 152
Intérêts	45 100	50 480
Total	190 408	170 993
CHARGES		
Activités	45 163	42 181
Administration	33 593	19 972
Total	78 756	62 153
EXÉDENT DES PRODUITS SUR LES CHARGES AVANT ATTRIBUTIONS	111 652	108 840
ATTRIBUTIONS		
CSSSK	36 409	34 503
CSSSK - Campagne Onco-Soins pall.	6 000	24 718
CSSSK - Opération Enfant Soleil	15 474	8 434
CSSSK - Grand Mc Don	22 429	
CSSSK - Course Claudie Ouellet	5 090	
CSSSK - CHSLD	2 434	
CSSSK - Concert Noël	2 532	
Total	90 368	67 655
EXÉDENT DES PRODUITS SUR LES CHARGES	21 284	41 185

BILAN AU 31 DÉCEMBRE 2013

ACTIF (\$)	2013 (\$)	2012 (\$)
ACTIF À COURT TERME		
Encaisse	16 416	9 235
Placements, échéant prochain exercice	130 030	38 906
Créances (note 5)	37 859	30 822
Stocks	909	727
Total	185 214	79 690
PLACEMENTS	977 474	1 050 672
IMMOBILISATIONS	2 297	3 115
Total	1 164 985	1 133 477
PASSIF (\$)		
PASSIF À COURT TERME		
Créditeurs	11 765	21 888
Total	11 765	21 888
APPORTS REPORTÉS (note 9)	66 157	45 810
Total	77 922	67 698
ACTIF NET (\$)		
INVESTI EN IMMOBILISATION NON AFFECTÉ	2 297	3 115
	1 084 766	1 062 564
Total	1 087 063	1 065 779
	1 164 985	1 133 477

Le rapport financier vérifié par la firme RAYMOND CHABOT GRANT THORNTON est disponible sur demande.

MERCI

Chers bénévoles...

... à tous ceux et celles qui ont investi leur temps au courant de l'année. Par votre support vous avez tous contribué à l'accomplissement de grands projets.

*Merci d'y croire,
Merci d'être là!*



Calendrier 2014

17^e édition du Tournoi de la Santé

Le samedi 7 juin 2014

Club de golf St-Pacôme

23^e édition du Souper bénéfice

Fondation-Lions La Pocatière

Le samedi 8 novembre 2014

Collège Ste-Anne de La Pocatière

3^e édition du Concert de Noël

Décembre 2014

Église de St-Pascal

• ÉGALEMENT :

21^e édition du Grand Mc Don

Le samedi 8 mai 2014

Restaurant McDonald de La Pocatière

8^e édition de la Course Claudie Ouellet

Le vendredi 17 mai 2014

École secondaire Chanoine-Beaudet

1^{re} édition de la Loto-Fondation

14 000 \$ en prix à gagner

Billets en vente à nos bureaux

Activité spéciale 30^e anniversaire

À surveiller...

Donateurs d'hier à aujourd'hui...

MERCI, à tous nos grands donateurs et aux 4 000 personnes qui nous appuient depuis 1983. Nous vous invitons à consulter le tableau d'honneur de la Fondation situé dans le hall d'entrée de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima. Ce dernier a pour but de reconnaître tous les donateurs de 1 000 \$ et plus qui nous aident à poursuivre notre mission philanthropique.

Le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska se préoccupe d'offrir une prestation de soins et de services sécuritaire et de qualité. Joignez-vous à notre équipe !

Contactez la direction des ressources humaines et du développement organisationnel en composant le : 418 856-7000, poste 3220 (secrétariat) ou le 418 856-7000, poste 3214 (secteur dotation).

*La
qualité
des soins
et services,
une fierté !*



LE KAMOURASKA,
POUR UNE MEILLEURE QUALITÉ DE VIE

WWW.CSSSKAMOURASKA.CA